

Organisation in der Drogenpolitik:
Hilfestellung oder Hypothek?
Zur Zielsetzung und Durchführbarkeit
staatlicher Drogenpolitik

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Sozialwissenschaften durch
die Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster

Vorgelegt von
Angelika Viebach
aus Essen

Diss. Münster

1986

1987

Organisation in der Drogenpolitik:

Hilfestellung oder Hypothek ?

Zur Zielsetzung und Durchführbarkeit staatlicher Drogenpolitik

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der
Sozialwissenschaften durch die Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster

Vorgelegt von:

Angelika Viebach

aus Essen

Münster 1987

Erster Berichterstatter : Prof. Hartmann Ph. D.
Zweiter Berichterstatter : Prof. Dr. Giesen
Dekan : Prof. Dr. Schierenbeck

Tag der mündlichen Prüfung : 26. November 1986

Diese Arbeit widme ich in
Dankbarkeit meinen Eltern,
Alfred und Hannelore Viebach

Diese Arbeit wurde auf einem Textverarbeitungssystem geschrieben. Mein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Herrn Stefan Klaes, der mit Sachkenntnis und Engagement die dabei anfallenden Probleme bewältigte und die EDV-mäßige Verarbeitung des Manuskriptes sicherstellte. Mein Dank gilt auch Frau Birgit Klaes, die die Reinschrift des Manuskriptes übernahm.

Insbesondere danken möchte ich aber auch meinem Vater, Alfred Viebach, der mir unter Einsatz von sehr viel Zeit und noch mehr Mühe bei der graphischen Ausrichtung von Tabellen und Abbildungen mit Rat und Tat zur Seite stand.

Organisation in der Drogenpolitik:

Hilfestellung oder Hypothek ?

Zur Zielsetzung und Durchführbarkeit staatlicher Drogenpolitik.

-Gliederung-

<u>Einleitung:</u>	<u>Seite</u>
1. <u>Erkenntnisinteresse und Einordnung der Fragestellung in eine sozialpolitische Problemanalyse</u>	1
2. <u>Aufbau der Arbeit</u>	3
I. <u>Theoretische Verortung, Entwicklung und Präzisierung der Fragestellung</u>	
1. <u>Soziale Probleme als Forschungsgegenstand - zu einer Theorie sozialer Probleme</u>	
<u>Vorbemerkung:</u>	7
1.1. Identifikation sozialer Probleme	8
1.2. Zum Konstitutionsprozeß sozialer Probleme - ein interaktionistisches Konzept	11
1.3. Zur Etablierung und Institutionalisierung eines sozialen Problems	15
2. <u>Soziologie und Sozialpolitik</u>	
<u>Vorbemerkung:</u>	17
2.1. Stand der Forschung: Zu einer soziologischen Theorie der Sozialpolitik	18
2.2. Zum Gegenstandsbereich von Sozialpolitik	24
2.3. Zum organisatorischen Aufbau von Sozialpolitik	28

2.4. Handlungsorientierungen und -strategien in der Sozialpolitik	32
---	----

3. Systemtheoretische Rekonstruktion sozialpolitischer Problembearbeitung: Ein Beitrag zu einer Theorie sozialpolitischer Probleme

<u>Vorbemerkung:</u>	36
----------------------	----

3.1. Explikation des Modellkonzeptes	38
--------------------------------------	----

3.2. Die Elemente des Modellkonzeptes (Systemvariable)	41
--	----

II. Drogenkonsum und Drogenpolitik: Eine problemorientierte Einführung

<u>Vorbemerkung</u>	47
---------------------	----

1. <u>Zur Konstituierung des Drogen- und Rauschmittelproblems</u>	48
---	----

2. Die Sozialpolitik des Drogenproblems

2.1. Handlungsstrategien in der Drogenpolitik	52
---	----

2.2. Zur Genese der Drogenpolitik	54
-----------------------------------	----

2.3. Zur Organisation der Drogenpolitik	58
---	----

III. Das organisatorische Makrosystem in der Drogenpolitik

<u>Vorbemerkung</u>	61
<u>1. Drogenpolitik innerhalb der öffentlichen Sozialad- ministrationen</u>	
1.1. Aufgaben und Zuständigkeiten des Bundes	
1.1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen und behörd- liche Dezentralisation	63
1.1.2. Das Referat 'Rauschmittelmißbrauch und Psychohygiene' beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit	66
1.1.3. Zur Finanzierung der Drogenpolitik durch die öffentliche Hand	69
1.2. Die Drogenpolitik in den Bundesländern	
1.2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen und Nutzung von Handlungskompetenzen	73
1.2.2. Das Referat des Landesdrogenbeauftragten	76
1.3. Die Organisation der Drogenpolitik in den Kommunen	
1.3.1. Rechtliche Rahmenbedingungen	82
1.3.2. Ausgestaltung kommunaler Sozialpolitik	84
1.3.3. Kommunale Organisation der Drogenpolitik durch örtliche Trägergemeinschaften	87
1.3.4. Außenkontakte und Zusammenarbeit zwischen Drogenberatungsstellen, Behörden und Ämtern der Sozialadministration	90

2. Die Einbeziehung nicht-öffentlicher Trägerorganisationen in die Drogenpolitik

2.1. Beteiligung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege

2.1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen	93
2.1.2. Organisatorische Verankerung der Suchtkrankenhilfe bei den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege	95
2.1.3. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren	
2.1.3.1. Binnenorganisation	100
2.1.3.2. Zusammenarbeit der DHS mit behördlichen Trägern	103
2.1.3.3. Interorganisatorische Zusammenarbeit der Wohlfahrtsverbände	106
2.1.4. Organisation der Verbände Freier Wohlfahrtspflege auf Landes- und lokaler Ebene	115

2.2. Private Trägerorganisationen

2.2.1. Voraussetzungen der Mitwirkung privater Träger	117
2.2.2. Selbsthilfeinitiative	
2.2.2.1. Entwicklung der Selbsthilfe im Suchtkrankenbereich	119
2.2.2.2. Integration und Vereinnahmung ambulant organisierter Selbsthilfeinitiativen	121
2.2.2.3. Disqualifikation stationär organisierter Selbsthilfe	124

2.2.3. Gewerbliche Suchtkrankenhilfe (Therapiegesellschaften)

2.2.3.1. Allgemeine Rahmenbedingungen 127

2.2.3.2. Wirtschaftliche Strukturen gewerblicher Suchtkrankenhilfe 129

3. Die Bedeutung der Kostenträger bei der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen

Vorbemerkung: 134

3.1. Versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen 136

3.2. Die gesetzliche Leistungsverpflichtung von Sozialhilfe und Sozialversicherungsträger und Versorgungslücken in der Suchtkrankenversorgung

3.2.1. Finanzierung und Organisation präventiver Maßnahmen 139

3.2.2. Ambulante Beratung und Behandlung 140

3.2.3. Stationäre Maßnahmen 143

3.2.4. Therapeutische Nachsorge 145

3.2.5. Zur Zusammenarbeit der Kostenträger 147

3.3. Belegungspraxis der Rentenversicherungsträger 149

4. Kommunikations- und Koordinationsstrukturen zwischen den Organisationen

Vorbemerkung 153

4.1. Institutionalisierte Kommunikation und Koordinationsstrukturen 154

4.1.1. Zentralisation und Monopolisierung des Kommunikations- und Entscheidungsprozesses 161

4.1.2. Handlungsprogramme

4.1.2.1. Implementation eines einrichtungs- bezogenen Informationssystems (EBIS)	165
4.1.2.2. Modell zur Förderung von Einrich- tungen zur Beratung, Betreuung und ambulanten Behandlung Drogenabhän- giger und -gefährdeter Jugend- licher (Großmodell)	168
4.1.2.3. Das Psychosoziale Anschlußprogramm (PSAP)	175
4.1.2.4. Modellprogramm 'Aufsuchende So- zialarbeit für Betäubungsmittelab- hängige Straftäter' (ASS)	186
4.2. Nicht-institutionalisierte Kommunikations- und Koordinationsstrukturen	196
4.3. Kommunikations- und Koordinationshindernisse	201
5. <u>Professionale und bürokratische Orientierungen organi- sierter Suchtkrankenhilfe</u>	
5.1. Verberuflichungs- und Professionalisierungstendenzen	
5.1.1. Zur beruflichen Entwicklung der Suchtkran- kenarbeit	207
5.1.2. Ausbildung und Qualifikation	213
5.2. Begrenzung professioneller Standards durch Psycho- logisierung und bürokratische Kontrolle der Sucht- krankenversorgung	
5.2.1. Einseitige Systematisierung des Wissens und abnehmende Sozialorientierung der Hilfelei- stungsproduktion (Psychologisierung)	225
5.2.2. Standardisierung, Formalisierung und Routi- nisierung der Leistungsproduktion und büro- kratische Kontrolle des professionellen Han- delns	234

IV. Wirkungszusammenhänge aus der Formalstruktur des Makro-
systems mit Blick auf die Zweckdienlichkeit des Systems

<u>Vorbemerkung:</u>	242
1. <u>Zur politisch-administrativen Handhabung der Drogenpo-</u> <u>litik (Output)</u>	
1.1. 'Verstaatlichung' und Institutionalisierung der Drogenpolitik innerhalb der Sozialadministration	245
1.2. Anpassungsflexibilität und Stabilität der Dienst- leistungsorganisationen	250
1.3. Zum Stellenwert der Eigeninteressen und der orga- nisatorischen Eigendynamik innerhalb der Makro- organisation	255
2. <u>Zur Realisierung der Leistungsansprüche der Klienten</u> <u>(Impact)</u>	
2.1. Auswirkungen organisations- und personalstrukt- reller Rahmenbedingungen auf die Erstellung und Übermittelbarkeit der Hilfeleistungsproduktion	260
2.2. Zur Problemadäquanz der Konzeption der Suchtkran- kenhilfe	266
3. <u>Zur Problemlösungskapazität und Effektivität der Makro-</u> <u>organisation (Outcome), Resümee und Ausblick</u>	271
Fußnoten und Anmerkungen	279

Anhang:

333

1. Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. November 1978; Anlage I: Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken.	334
2. Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für die stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger - Vereinbarung Vorleistung/Drogen vom 22.10.1981	337
3. Auszug des Gutachtens zu dem Urteil des Verwaltungsgerichts Köln vom 29.11.1982 AZ 21 L 1549/82	341
4. Abkommen über eine Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker vom 17.05.1973 in der Fassung vom 06. 03.1981	343
5. Vereinbarung zur modellhaften Förderung von Einrichtungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol - und Medikamentenabhängiger vom 01.01.1985	355
6. Fernschreiben des BMJFG an die Gesundheitsressorts der Länder vom 21.09.1971	365
7. Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben	367
8. Vereinbarungen der EBIS-Arbeitsgemeinschaft (Mai 1981)	369
9. Modellkriterien des 'Großmodells'	371
10. Modellkriterien des 'Psychosozialen-Anschlußprogramms'	378
11. Auszug aus dem BTMG vom 28. Juli 1981	382
12. Voraussetzungen für die staatliche Anerkennung von stationären Langzeittherapien nach § 35 BTMG (Richtlinien des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Umwelt von Rheinland-Pfalz)	385
13. Sozialbericht	389

Verzeichnis der Abbildungen

1) Organisatorisches Makrosystem	41
2) Elemente der Modellkonzeptes: Input, Intervenierende und Output-Variable	46
3) Rauschgiftdelikte - Anteile der Bundesländer	74
4) Organisation der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege	99
5) Organigramm der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V.	101

6) Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V. Haupt-trägergruppen	102
7) Beispiel für die Unternehmensverflechtung einer gewerblich organisierten Suchtkrankenhilfe	130
8) Mindestkriterien des 'Großmodells' (Gesamtübersicht)	171
9) Gegenüberstellung: Klienteninteresse/organisatorische Eigeninteressen	256

Verzeichnis der Tabellen

1) Träger und Anzahl ambulanter Beratungsstellen und die durchschnittliche Kostenbelastung	108
2) Träger und Anzahl stationärer Therapieeinrichtungen	109
3) Träger und Anzahl ambulanter Einrichtungen, davon im VABS organisiert	112
4) Träger und Anzahl stationärer Einrichtungen, davon im 'Kasseler Verband' organisiert	112
5) Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger für stationäre Einrichtungen	135
6) Umfang therapeutischer Weiterbildung: Zeitreihenvergleich	219
7) Häufigkeit von Rauschgiftdelikten in den Ländern der Bundesrepublik	244
8) Zuwendungen des BMJFG an die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren	306
9) Verhältnis der Therapieeinweisungen aufgrund der Strafaussetzung zur Bewährung (§ 56 StGB) - Zurückstellung der Strafvollstreckung etc. (§ 35,37 BTMG)	321
10) Therapieplatzangebot in stationären Einrichtungen	322
11) Erhebungen über die Anwendung der §§ 35 bis 37 BTMG	323
Literaturverzeichnis	397

Erkenntnisinteresse

Den Ausgangspunkt zu dieser Arbeit liefert die Beobachtung, daß seit einiger Zeit in zunehmendem Umfang und in immer differenzierterer Art und Weise auf sogenannte 'soziale Probleme' mit der Produktion zielgruppenspezifischer sozialer Dienstleistungen im Kontext von Sozialpolitik reagiert wird. Dabei werden jedoch die Bedingungen und Folgewirkungen der Produktion und Organisation sozialer Dienstleistungen weder mit Blick auf die Problemlösungseffekte, noch unter Kosten- und Wirksamkeitsaspekten hinterfragt und kontrolliert. In Anbetracht der Intentionen sozialpolitischen Handelns, der Möglichkeit des Eintretens von nicht beabsichtigten Nebenwirkungen sowie des finanzpolitischen Volumens scheint aber gerade eine systematische, sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Planung, Steuerung und Wirksamkeit sozialer Dienstleistungsproduktion dringend erforderlich zu sein. Die hier angesprochene Notwendigkeit einer Problematisierung sozialer, personenbezogener Dienstleistungsproduktion unter den Aspekten von Organisation und Wirkung erfolgt im Kontext der Soziologie sozialer Probleme und stellt einen relativ neuen Forschungsgegenstand dar. Die Diskussion um die politisch-administrative Bearbeitung sozialer Probleme und ihren Wirkungseffekten wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur unter den Stichworten von 'Soziologie und Sozialpolitik' thematisiert.

Während sich die "klassische" Sozialpolitik fast ausschließlich an einer objektiv feststellbaren, materiellen Bedürftigkeit orientierte und sich dadurch die sozialpolitischen Maßnahmen auf Einkommenstransfers beschränkten, steht im Zentrum des Interesses 'aktueller' Sozialpolitik primär die Verhinderung und/oder Beseitigung von normativ definierten Störungen der Sozialordnung. Die politische Gestaltung und Beeinflussung gesellschaftlicher Lebensverhältnisse durch den Einsatz von überwiegend personenbezogenen Dienstleistungen kennzeichnet somit heute den Gegenstandsbereich von Sozialpolitik. Anders als früher, wo eine objektiv feststellbare, defizitäre Einkommenssituation ein nach festen Regeln erfolgreiches sozialpolitisches Handeln legitimierte und auch überprüfbar machte, steht die heutige Sozialpolitik vor dem

Problem, bestimmte gesellschaftliche Lebensverhältnisse nach normativen Kriterien als defizitär zu definieren, Bedarfsnormen zu konstituieren und die sozialpolitischen Aktivitäten zur Beseitigung der Störungen zu planen. Es gilt sowohl gegenüber der Öffentlichkeit als auch gegenüber der Zielgruppe eine Problemeinsicht zu schaffen, die die Dienstleistungsproduktion legitimiert und die Inanspruchnahme des Dienstleistungsangebotes forciert. Darüber hinaus stellt sich der gegenwärtigen Sozialpolitik die Aufgabe, die multiorganisatorische Produktion und Umsetzung verschiedener Dienstleistungsprogramme zu organisieren und zu steuern.

Angesichts eines derartig komplexen Handlungsfeldes heutiger Sozialpolitik wird deren Interesse an einer theoretischen Aufarbeitung der sozialpolitischen Problemstellungen verständlich. Hinter der sozialwissenschaftlichen Thematisierung von Sozialpolitik verbirgt sich somit nicht nur die Absicht, induktiv, d.h. aus einer ex-post-Analyse der sozialpolitischen Praxis generalisierbare Aussagen von Handlungsanweisungen herzuleiten, sondern hinter der Absicht einer Verwissenschaftlichung von Sozialpolitik steht auch das Bemühen um eine effizientere Gestaltung der Sozialpolitik.

Bislang beschränkten sich die sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzungen vorwiegend auf Ursachenanalysen, d.h. auf die Feststellung von Bestimmungsgrößen bei der Konstituierung sozialer Probleme und den Bedingungen zur Legitimation sozialpolitischer Interventionen. Wirksamkeitsanalysen zur Sozialpolitik sind dagegen nur vereinzelt durchgeführt worden. Dies mag zum einen seinen Grund darin haben, daß das Datenmaterial aufgrund des multiorganisatorischen Aufbaus der Sozialpolitik nur schwer zu erheben und für eine Analyse aufzubereiten ist. Zum anderen mag aber auch die politische Brisanz, die sich i.d.R. mit diesen Untersuchungen verbindet, die Zurückhaltung bei der Prüfung von Wirksamkeit und Zweckdienlichkeit sozialpolitischen Handelns begründen.

Unter Einbeziehung des soziologischen Wissens um den Prozeß der Konstituierung sozialer Probleme sowie der legitimatorischen Voraussetzungen zu deren politisch-administrativer Bearbeitung ist es das Ziel dieser Arbeit, am Beispiel der

Drogenpolitik - als einem speziellen Politikfeld der Sozialpolitik - sozialpolitische Handlungsprogramme unter den Aspekten von Organisation und Wirkung zu thematisieren.

Die Arbeit konzentriert sich dazu im Rahmen einer differenzierten Organisationsanalyse auf die Eruiierung der rechtlich institutionellen Rahmenbedingungen organisierter sozialer Dienstleistungsproduktion, der Feststellung formaler, faktischer und funktionaler inter- und intraorganisatorischer Beziehungsgeflechte sowie auf die Kontingenzen der Organisationsleistungen. Die Wahl und der Einsatz der finanziellen und personellen Steuerungsinstrumente sollen dabei - ebenso wie die Kommunikationsstrukturen und die Ausprägungen horizontaler und vertikaler Differenzierungen - bei der Umsetzung der Handlungsprogramme mit Blick auf ihre Zweckdienlichkeit zur Erreichung des Organisationsziels diskutiert werden.

Aus den Ergebnissen der Organisationsanalyse in der Drogenpolitik sowie den implizierten Schlußfolgerungen hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen sollen schließlich verallgemeinernde Aussagen zur sozialpolitischen Praxis abgeleitet und auf ähnlich strukturierte soziale Probleme übertragen werden. In einer derartigen Generalisierung und Systematisierung liegt mitunter die Chance, die Leistungsfähigkeit der Sozialpolitik zu steigern.

Aufbau der Arbeit

Das Erkenntnisinteresse, das theoretisch angeleitet wird und mit den Ergebnissen einer empirischen Untersuchung zur Organisation in der Drogenpolitik abgestützt wird, gilt primär den Problemen der Steuerung und Wirksamkeit sozialpolitischer Programme. Entsprechend dieser Intention gliedert sich die Arbeit in vier größere, aufeinander aufbauende Kapitel, wobei im ersten Kapitel ein theoretischer Bezugsrahmen aufgezeigt wird, durch den das analytische Vorgehen bei der Thematisierung des Untersuchungsgegenstandes bestimmt wird.

Entsprechend dieser theoretischen Verortung sollen einleitend soziale Probleme als normativ definiert, identifiziert und der Konstituierungsprozeß am Beispiel des Verlaufmodells von Blumer nachvollzogen werden. Unter dem Aspekt der Etablierung und Institutionalisierung gilt es dann, die Voraussetzungen zur politisch-administrativen Problembearbeitung sozialer Probleme hervorzuheben. Im Anschluß an die Begriffsbestimmung sozialer Probleme richtet sich das weitere Interesse auf die Vorüberlegungen zu einer soziologisch eigenständigen Theorie der Sozialpolitik sowie auf die theoretischen und methodischen Schwierigkeiten einer derartigen Theoriebildung. Dabei wird auf den Gegenstandsbereich der Sozialpolitik Bezug genommen und der Bedeutungsinhalt von Sozialpolitik als soziales und politisches Handeln umrissen. Des weiteren werden die Leitideen und Handlungsorientierungen der Sozialpolitik erörtert sowie der allgemeine organisatorische Aufbau der Sozialpolitik vorgestellt.

Angeichts der aufgezeigten Problematiken soll sodann versucht werden, durch Konzeptionierung eines einfachen, systemtheoretisch angeleiteten Modells - das sich auf politisch-sozialwissenschaftliche und organisationssoziologische Erklärungsansätze stützt - das analytische Vorgehen zur Bestimmung relevanter Elemente und Variablen theoretisch anzuleiten und zu fundieren.

Anschließend soll dann im zweiten Kapitel das an der Drogenpolitik orientierte Erkenntnisinteresse der Arbeit rekonstruiert sowie die verschiedenen Analyseperspektiven konkretisiert werden, anhand derer die Wirkungseffekte bzw. die Zweckdienlichkeit der Organisation in der Drogenpolitik konstatiert werden kann.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung wiedergegeben. Die deskriptive Darstellung beschränkt sich dabei auf die Beschreibung derjenigen Elemente und interessierenden Variablen, die entsprechend dem im ersten Kapitel entwickelten Modellkonzept als relevant herausgestellt wurden. Die empirische Erhebung konzentriert sich demgemäß auf die Darstellung der Trägerstrukturen, der Kommunikations- und Autoritätsstrukturen, der Personal- und

Finanzstrukturen sowie auf die Koordinationsstrukturen, soweit letztere über die Ausprägungen der zuvor genannten Strukturmerkmale festgestellt werden konnten.

Die empirischen Ausführungen beziehen sich im wesentlichen auf jene öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Organisationen und Institutionen, die inhaltsschwer an der Formulierung und Durchführung des Handlungsprogramms beteiligt sind. Das Datenmaterial wurde auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene erhoben und berücksichtigt damit auch in der Organisationsanalyse den dreigliedrigen dezentralen Verwaltungsaufbau in der Bundesrepublik.

Die Daten selbst wurden im Rahmen sogenannter Experten- bzw. Klienteninterviews ermittelt und durch einschlägige Dokumentenanalysen ergänzt. Expertenstatus hatten dabei all jene Handlungsakteure, von denen aufgrund ihrer Position innerhalb der Organisation angenommen werden konnte, daß sie über die bestehenden Strukturen und deren Folgewirkungen hinlänglich informiert waren und darüber aus der Perspektive ihrer Expertenposition Auskunft geben konnten (und wollten!). Klienteninterviews wurden mit betroffenen Abhängigkeitskranken geführt, wenn diese bereit und in der Lage waren, über ihre Erfahrungen mit der administrativen Bearbeitung ihres persönlichen Drogenproblems zu berichten.

Es ist darauf hinzuweisen, daß die Experten- und Klientengespräche weder stenographisch mitprotokolliert noch Tonbandaufzeichnungen von den Interviews angefertigt werden konnten. Während der einzelnen Gespräche war es lediglich möglich, mit einigen wenigen Notizen den Gesprächsverlauf festzuhalten. Diese Aufzeichnungen dienten später der nachträglichen Rekonstruktion der Interviews. Bei sämtlichen in der Arbeit angemarkten Hinweisen auf Experten- und Klientenberichte handelt es sich somit um Gedächtnisprotokolle, die nachträglich und unter Verwendung der Gesprächsnotizen angefertigt wurden. Aus Gründen des Datenschutzes sind alle Experten- und Klientenprotokolle, sowie sonstiges empirisches Material, das Rückschlüsse auf die Person des Informanten geben könnte, anonymisiert worden.

In die Dokumentenanalyse einbezogen wurden Veröffentlichungen von den in der Organisationsanalyse berücksichtigten Organisationen, behördliche Verwaltungserlasse bzw. -vorschriften, statistisches Zahlenmaterial sowie Ausführungen zu Forschungsberichten, sofern sie einen Beitrag zur Klärung relevanter Fragestellungen leisten konnten.

Im vierten und letzten Kapitel sollen schließlich die zuvor im Rahmen der Organisationsanalyse erworbenen Einsichten zur Struktur der Organisation in der Drogenpolitik hinsichtlich deren Wirkungen ausgeleuchtet werden. Im Vordergrund des Erkenntnisinteresses steht dabei die Interpretation der beobachteten Effekte mit Blick auf deren Wirksamkeit bzw. Zweckdienlichkeit bei der zielsetzungsgemäßen Umsetzung des Handlungsprogramms.

Die aus dem Blickwinkel von drei verschiedenen Analyseebenen (Ebene der Zielgruppe, des politisch-administrativen Systems und der des (gesellschaftlichen) Gesamtsystems) heraus erfolgende Abschätzung der Wirkungseffekte der Organisation in der Drogenpolitik ist dabei ausschließlich an qualitativen Merkmalen festgemacht. Auf eine Evaluations- und/oder Kosten-Nutzen-Analyse wird in dieser Arbeit verzichtet.

Zum Schluß der Arbeit soll eine systematische Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse aus der Organisations- und Wirksamkeitsanalyse der Drogenpolitik gegeben werden. Die sich abzeichnenden Tendenzen in der Entwicklung dieses Politikfeldes sollen dabei ebenso herausgestellt werden, wie die Schlußfolgerungen aus dieser Fallstudie in den allgemeinen Rahmen einer dienstleistungsproduzierenden Sozialpolitik gestellt werden sollen.

I. Theoretische Verortung, Entwicklung und Präzisierung der Fragestellung

1. Soziale Probleme als Forschungsgegenstand Zu einer Theorie sozialer Probleme

Vorbemerkung:

Obleich im Vordergrund des Interesses der Arbeit die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Handlungs- und Wirkungszusammenhängen einer institutionalisierten Bearbeitung sozialer Problemlagen steht, soll einleitend - zum besseren Verständnis und zur theoretischen Einordnung der Fragestellung in die Soziologie sozialer Probleme - zum Ausgangspunkt des Gegenstandsbereiches von Sozialpolitik zurückgegangen werden. Dabei soll hier nicht versucht werden, den aktuellen Forschungsstand einer Soziologie sozialer Probleme vollständig nachzuzeichnen oder gar in die theoretische Diskussion einzusteigen. Der nachfolgende Problemaufriß zur Identifikation und Konstituierung sozialer Probleme dient vielmehr dem Zwecke, die Voraussetzungen sozialpolitisch-administrativer Problembearbeitung aufzuzeigen.

Zu Beginn der Überlegungen sei einleitend noch darauf hingewiesen, daß es sich bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozialen Problemen um keinen homogenen Forschungsgegenstand handelt. Das, was zu einem gegebenen Zeitpunkt als ein soziales Problem zu gelten hat, wird vielmehr von gesellschaftlichen Prozessen determiniert, durch die erst bestimmte gesellschaftliche Zustände zu einem sozialen Problem erklärt werden.

Wenngleich sich auch die Wissenschaft seit einiger Zeit im Rahmen der Entwicklung einer Theorie sozialer Probleme um einen einheitlichen Forschungsansatz bemüht, mit Hilfe dessen die Bedingungen des Auftretens sozialer Probleme, deren Definitionselemente sowie zur Problemlösung geeignete zielgerichtete Handlungsanweisungen aufgearbeitet und die Komplexität sozialer Probleme aufgebrochen werden könnte, beschränkt sich durch das Fehlen eines derartig weitreichenden und theoretisch gehaltvollen Ansatzes die Analyse bisweilen noch auf Ausschnitte separat begriffener gesellschaftlicher Tatbestände. Entsprechend werden in die wissenschaftlichen Analysen bislang nur solche gesellschaftlichen Zustände einbezogen, die auch in der Öffentlichkeit als soziale Probleme akzeptiert und diskutiert werden. 11

1.1. Identifikation sozialer Probleme

Die Alltagserfahrung zeigt, daß das Zusammenleben von Menschen in einer Gesellschaft, trotz oder gerade wegen der Existenz eines allgemein akzeptierten Normen- und Wertestandards, von unterschiedlichen Konflikten und Problemlagen belastet wird, von denen jedoch nur ein Teil die Bedeutung und den Status eines sozialen Problems erlangt. Da weder in der Öffentlichkeit noch in der Wissenschaft ein allgemein anerkannter Kriterienkatalog zur Bestimmung sozialer Probleme vorliegt, wird das wissenschaftliche, politische und administrative Bewußtsein um deren Existenz in der Regel 'gesellschaftlich übernommen'.

Ungeachtet des Fehlens eines einheitlichen, wissenschaftlichen Forschungsansatzes ergänzen sich die Aussagen der verschiedenen soziologischen Ansätze zur Analyse sozialer Probleme jedoch weitgehend dahin, daß ein soziales Problem einen Zustand bezeichnet, "(...) der von einer bedeutenden Anzahl von Personen als eine Abweichung von irgendeiner sozialen Norm definiert wird, die sie teilen". 2) Damit aber werden soziale Probleme als in erster Linie durch einen kollektiven Definitionsprozeß konstituiert, bestimmt: "(...) soziale Probleme (sind) hauptsächlich Resultate eines Prozesses kollektiver Definitionen (...)"; 3) "(...) ein soziales Problem (existiert) primär in den Begriffen, in denen es definiert ist und ausgedrückt wird innerhalb einer Gesellschaft, anstatt eine objektive Bedingung von einer bestimmten objektiven Eigenart zu sein. Die gesellschaftliche Definition und nicht der objektive Charakter einer gegebenen sozialen Bedingung bestimmt, ob diese Bedingung als ein soziales Problem existiert oder nicht". 4)

Die Erklärung des Auftretens sozialer Probleme mit dem Vorliegen subjektiver und damit auch interessengeleiteter Definitionselemente lenkt das Interesse der Diskussion auf die Organisation von Handlungsorientierungen und Gruppenaktivitäten, durch die erst soziale Defizite behauptet, eine öffentliche Diskussion initiiert und letztendlich die Existenz von Institutionen zur Problembearbeitung legitimiert und kontrolliert werden.

Angesichts der Tatsache, daß es bisher noch nicht gelungen ist, soziale Probleme auf ihren objektiven Kern hin zurückzuführen, rücken die von diversen Norminterpretationen und (privaten) Handlungsinteressen geleiteten Aktivitäten der Definitionsinstanzen unweigerlich ins Zentrum wissenschaftlicher Analysen. Dies um so mehr, wenn die Fragen nach den Notwendigkeiten und den Folgen sozialer Problemdefinitionen sowohl mit Blick auf die von diesen Aktivitäten unmittelbar Betroffenen als auch in Bezug auf die Realisierung der Handlungsinteressen der Definitionsagenten (z.B.: Experten kraft Amt!, Berufsgruppen, Wissenschaftler, etc.) zur Diskussion gestellt werden.

Die Kontrolle von Handlungslegitimation und Problembearbeitung wirft nur in den Fällen keine zusätzlichen Probleme auf, wo bestimmte, mehr oder weniger (objektiv) feststellbare soziale Mißstände von den dadurch Betroffenen selbständig (bzw. durch Einschaltung gewählter Interessenvertreter) als soziales Problem definiert und Problemlösungsstrategien gefordert und eingesetzt werden. Indem die Betroffenen einen sie belastenden, defizitären Zustand als soziales Problem definieren, impliziert ihre Definitionsleistung bzw. ein daraus abgeleitetes Handlungsprogramm ihre eigenen interessengeleiteten Handlungsorientierungen und Wertinterpretationen, durch die die Handlungsaktivitäten zugleich legitimiert und kontrolliert werden. 6,

Sehr viel schwieriger wird die Situation jedoch dann, wenn die Feststellung und Definition eines sozialen Mißstandes nicht mehr durch die davon unmittelbar Betroffenen erfolgt, sondern statt dessen fremdbestimmt wird. Externe Definitoren ohne Mandat belegen dann eigenmächtig, allein unter Hinweis auf ihr überlegeneres und vorausschauenderes Wissen und unter Zugrundelegung ihrer subjektiven Norminterpretationen und privaten Handlungsinteressen, willkürlich und relativ unkontrolliert gesellschaftliche Zustände mit dem Stigma eines sozialen Problems. Sie initiieren dabei nicht nur selbst den Definitionsprozeß, sondern sind auch weitgehend für die Formulierung und Implementation von Problemlösungsstrategien verantwortlich. In ihrer selbstgewählten Rolle

als Interessenvertreter ohne Auftrag, d.h. in der Position sogenannter advokatorischer Interessenvertreter definieren, institutionalisieren und kontrollieren sie ihr eigenes, an den (fremdbestimmten) Bedürfnissen anderer ausgerichtetes Handeln selbständig 6).

Legitimation und Kontrolle der Aktivitäten advokatorischer Interessenvertreter stellen sowohl im Kontext der Soziologie sozialer Probleme als auch im Zusammenhang mit einer Analyse der Sozialpolitik ein schwieriges Unterfangen dar. Zur Vorbereitung einer Thematisierung der hier aufgezeigten Problematik von Sozialpolitik soll nachfolgend ein Verlaufsmodell vorgestellt werden, durch das der Prozeß der Konstituierung eines sozialen Problems, von der sozialen Bewegung bis hin zu seiner Ausformung als eine statisch-administrative Kategorie, analytisch erfaßt werden kann 7).

1.2. Zum Konstituierungsprozeß sozialer Probleme

Ein interaktionistisches Konzept

Die bisherigen Ausführungen erfolgten in der Absicht, die Existenz sozialer Probleme nicht als einen gegebenen und quasi wie vom "Himmel gefallenem" gesellschaftlichen Zustand zu akzeptieren, sondern ihr Auftreten als Resultat kollektiver, zielgerichteter Definitionsaktivitäten darzustellen.

Unter Zugrundelegung einer interaktionistischen Perspektive und in Anwendung des Labeling-Ansatzes, der nicht den problematisierten gesellschaftlichen Tatbestand als solchen zum Gegenstand seiner Betrachtung werden läßt, sondern sich primär mit den gesellschaftlichen Reaktionen hinsichtlich eines vermeintlich problematischen Bereichs auseinandersetzt, kann auf ein von H. Blumer konzipiertes Modell verwiesen werden, in dem die Existenz eines sozialen Problems als eine Abfolge von Definitions- und Konstitutionsprozessen beschrieben wird. Ein Rückgriff auf das fünf-Phasen-Modell von Blumer bietet sich hier insofern an, als daß es durch die von ihm vorgenommene Analyse des Konstitutionsprozesses sozialer Probleme möglich wird, die Entwicklung, die ein soziales Problem durchläuft, darzustellen.

In Anlehnung an dieses Verlaufsmodell von Blumer sollen nachfolgend die verschiedenen Phasen des Konstituierungsprozesses - ausgehend von der dynamischen Fassung des sozialen Problems bis zu dessen statisch-administrativen Abfassung - beschrieben werden. Dies erfolgt in der Absicht, auf die Voraussetzungen hinzuweisen, die erfüllt sein müssen, bevor auf ein soziales Problem sozialpolitisch reagiert werden kann.

Das Auslösemoment für den Definitionsprozeß bildet die kollektive Wahrnehmung einer Störung des etablierten Ordnungsgefüges. Die Störung ruft unter den Gesellschaftsmitgliedern Verhaltensunsicherheiten, Ängste, Bestehendes zu verlieren, aber auch unter Umständen Hoffnungen hervor, über die Problemdefinition zu neuen Handlungsspielräumen zu kommen. Die kollektive Reaktion auf die Störung des gesellschaftli-

chen Wertestandards läßt sich in dieser (ersten) Definitionsphase noch auf sehr heterogene Motivationen des Problembewußtseins zurückzuführen, so daß entsprechend den divergierenden Handlungsinteressen die Problemakzentuierung noch sehr unterschiedlich ausfällt. Ob und welche Problemdefinition sich in dieser Phase durchsetzen und in die zweite Definitionsphase (der Legitimationsbeschaffung) eintreten kann, hängt entscheidend davon ab, welchen Bekanntheitsgrad eine Probleminterpretation in der breiten Öffentlichkeit erreicht. Eine unterschiedliche Machtverteilung zwischen den Definitionsagenten kann dazu beitragen, die Problemdefinition in eine bestimmte Richtung zu lenken. Dies gilt auch für die zweite Phase des Definitionsprozesses, in der es den Definitoren wesentlich darauf ankommt, für die von ihnen präferierte Problemdefinition bzw. für die Durchsetzung der von ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen den notwendigen gesellschaftlichen Konsens zu beschaffen.

Zur Unterstützung des Legitimationsanspruchs werden von den Definitoren häufig 'Öffentlichkeitswirksame Instanzen', wie z.B. wissenschaftliche Gutachter, Experten-Hearings, politische Parteien, Kirchen etc., bemüht, deren hohes gesellschaftliches Ansehen dazu genutzt wird, Unsicherheiten gegenüber bestimmten Problem- und Wertinterpretationen auszuräumen. Dieser Rückgriff auf 'Fremdlegitimatoren' scheint dabei für die Rechtfertigung der Handlungsorientierungen advokatorischer Interessensvertreter von besonderer Relevanz zu sein, da sie sich unter Bezugnahme auf entsprechende gutachtlche Explikationen ihre Handlungslegitimationen sichern. Allen Problemdefinitoren gemeinsam ist das Bemühen um Respekt- und Konsensbeschaffung für das von ihnen wahrgenommene und ihre spezifischen Handlungsorientierungen implizierende soziale Problem. Umfang und Intensität des Mitteleinsatzes zur Legitimationbeschaffung suggerieren darüber hinaus oft Vorstellungen über Gewicht und Ausmaß des sozialen Problems und wirken damit entscheidend auf die Durchsetzungskraft einer Probleminterpretation ein. Am Ende dieser (zweiten) Phase haben bestimmte Interessensgruppen ihre Probleminterpretation besser durchsetzen und legitimieren können als andere, so daß sich erste Konturen einer dominierenden und sich etablierenden Problemdefinition abzeichnen.

Extreme Definitionsleistungen, die den Definitions- und Legitimationsprozess in Bewegung hielten, verringern sich schließlich zugunsten einer relativ einheitlichen Problemdefinition, für deren Umsetzung dann im weiteren Verlauf (dritte Phase) des Konstituierungsprozesses Handlungsstrategien konzipiert werden. Das soziale Problem ist nunmehr sozial etabliert und Gegenstand gesetzgeberischer Diskussionen zur Planung von Problemlösungsstrategien. Die Nachfrage nach wissenschaftlichem Sachverstand scheint gerade hier sehr groß, da es gilt, das Problem nach wissenschaftlichen Kriterien eindeutig zu dokumentieren und unanfechtbare Handlungsstrategien zu formulieren. Die sich an der Problembearbeitung beteiligenden und sich dabei zunehmend organisierenden Handlungsakteure werden auch in dieser Phase versuchen, ihre Handlungsinteressen in die Entscheidungsfindung zur Problemlösung einzubringen und dabei sowohl Problemdefinition als auch Lösungsvorschläge so formulieren bzw. umformulieren, daß sie ihrer Handlungsmotivation weitestgehend entsprechen. Die Kontroversen um die definitorische Auslegung des sozialen Problems und dessen Institutionalisierung sind nahezu abgeschlossen, wenn das Problem zu einer statischen Kategorie wird, die eine politisch-administrative Bearbeitung ermöglicht.

Diese (vierte Phase) ist erreicht, wenn auf das Problem mit dem Entwurf eines offiziellen Handlungsplanes reagiert wird. Mit der amtlichen Entscheidung und rechtlichen Fixierung wird dann zum Ausdruck gebracht, wie politisch-administrativ mit dem sozialen Problem umgegangen werden soll. Indem mit dem offiziellen Handlungsplan die Zielgruppen und Akteure eindeutig bestimmt sind und auch Handlungskompetenzen und -zuständigkeiten abgegrenzt und delegiert (also die organisatorischen Dimensionen der Problembearbeitung festgelegt) werden konnten, wird der Umgang mit dem Problem normiert. Mit den Entscheidungen zur Mittelallokation (i.d.R. finanzielle und personelle Ressourcenallokation), nicht selten Ausdruck dominierender Machtstrukturen und Handlungsinteressen, wird der Schwerpunkt des Handlungsprogramms formuliert und werden mithin auch die zentralen Steuerungsinstanzen festgeschrieben.

Mit dem Entwurf und der Verabschiedung des Handlungsprogramms ist sowohl der materielle als auch der organisatorische Rahmen, innerhalb dessen die Problembearbeitung erfolgt, abgesteckt und die Programmimplementation (bei Blumer die fünfte Phase) vorbereitet.

Die Implementation des Handlungsplans erweist sich dabei selbst wieder als äußerst problematisch, da die Ausführung des Plans oft sehr viel anders ausfällt als es in der Programmformulierung vorgesehen war. Als Folge der sich mehr oder weniger schnell entwickelnden Eigendynamik der mit der Problembearbeitung befaßten Institutionen, die sich z.B. in der Expansion des Handlungsfeldes ausdrückt bzw. an Bestandserhaltung ausgerichtet ist, treten während der Programmdurchführung oft auch Steuerungsprobleme auf, die den eigentlichen Handlungsinteressen zuwiderlaufen, d.h. die ursprüngliche Handlungsstrategie neutralisieren oder in ihr Gegenteil verkehren können. Nicht selten scheint aber auch die Ausformulierung des Programms selbst Ursache für die Durchführungsschwierigkeiten zu sein, wenn nämlich finanzielle oder personelle Kapazitäten falsch eingeschätzt worden sind, sich die Akteure als wenig kooperativ erweisen, Autoritätsstrukturen unterlaufen werden können und/oder sich die Maßnahmen als ineffektiv erweisen. Die Schwierigkeiten bei der Programmausführung können dazu führen, daß sowohl das Programm als auch das soziale Problem so lange um- und redefiniert werden, bis beide für die Bedingungen der politisch-administrativen Bearbeitung 'passend' gemacht worden sind. Es bleibt anzunehmen, daß das Bemühen um Plan- und Problemanpassung auf das Existenzsicherungsstreben der Handlungsakteure zurückgeführt werden kann, die mit der Problembeseitigung bzw. einem Scheitern des Programms ihre Existenzgrundlage als potentiell gefährdet ansehen.

Da das primäre Erkenntnisinteresse der Arbeit im wesentlichen letzten beiden Phasen des Modells zuzurechnen ist, sollen nachfolgend, über die Ausführungen Blumers hinausgehend, die Bedingungen der politisch-administrativen Bearbeitung eines sozialen Problems unter den Aspekten von Etablierung und Institutionalisierung thematisiert werden.

1.3 Zur Etablierung und Institutionalisierung eines sozialen Problems

Im Gefolge der Entwicklung eines sozialen Problems, von einer dynamischen Problemdefinition zu einer eindeutig definierten statischen Problemkategorie, etabliert sich das Problem relativ dauerhaft zu einem 'Alltagsgeschäft' der Sozialpolitik und tauscht dabei den Status des Neuen und Besonderen gegen den des 'Alltäglichen' ein. Die Normalisierung der Reaktionen auf das soziale Problem sowie die sich in den Problemstrukturen ausdrückende Langfristigkeit veranlassen verschiedene Organisationen, sich der Problembearbeitung anzunehmen.

Das Vertrautwerden mit den Erscheinungsformen des sozialen Problems einschließlich des Erkennens und Erlernens von Wirkungszusammenhängen mündet nach einer gewissen Zeit in einen gewohnheitsmäßigen, routinisierten Umgang mit dem Problem, durch den sowohl die Handelnden als auch die Richtung bzw. die Art und Weise ihrer Handlungsreaktionen typisiert und damit im voraus antizipiert werden können. Die wechselseitige Anerkennung der zwischen den Handlungsakteuren ablaufenden Interaktionsprozesse standardisiert, normiert und stabilisiert, d.h. institutionalisiert die Reaktionen auf das soziale Problem. Im Rahmen eines solchen Institutionierungsprozesses werden dann Verhaltensmuster aufgestellt, die den Umgang mit dem sozialen Problem gestalten und festlegen. Durch die wechselseitige Typisierung der Handlungen werden diese schließlich nicht nur routinisiert, spezialisiert und kalkulierbar, sondern infolge ihrer Normierung lassen sich Gruppenaktivitäten steuern und kontrollieren. 9, Das soziale Problem selbst wird durch diese Prozesse vergegenständlicht und dabei in gewisser Weise auch objektiviert. 10,

Am augenscheinlichsten dokumentiert sich die Institutionalisierung eines sozialen Problems in der Beauftragung und/oder Errichtung von sozialen Institutionen. Innerhalb der sozialen Institutionen herrscht unter deren Mitgliedern eine grundsätzliche Übereinstimmung über bestimmte Verhaltensformen und -erwartungen, durch deren allgemeine Akzeptanz für institutionelle Entscheidungen nicht ständig neuer Konsens

herzustellen ist, d.h. unterstellt werden kann, daß die problembezogenen Entscheidungen der Institutionen durch deren Mitglieder legitimiert sind und mit verantwortlich werden.

113

Über die Internalisierung der institutionalisierten Verhaltensmuster werden dann zwar auf der einen Seite routinisierte, spezialisierte und von Willkür freie Handlungsreaktionen möglich, auf der anderen Seite bedingt dies aber, daß Verhaltensstrategien unter Umständen unreflektiert angewendet werden und auf Problemverschiebungen, infolge festgefahrener Verhaltensnormen, nicht schnell und umfassend genug reagiert werden kann. Als Folge einer verfehlten Festschreibung von Handlungsmustern kommt es mitunter zu einer problematischen Distanz zwischen Akteuren und Leistungsadressaten; auch Macht- und Autoritätsstrukturen können unter diesen Umständen verfestigt und/oder ausgebaut werden. Darüber hinaus ist zu bedenken, daß es den Institutionen über die Typisierung bzw. Normierung von Situationen und Handlungen möglich ist, diese entsprechend zu 'clustern', d.h. so umzudefinieren, daß die Notwendigkeit zum Fortbestand der sozialen Institution stets ausreichend begründbar ist.

Die hier angestellten Überlegungen erfolgten rückblickend auf die letzten Phasen des Blumer'schen Verlaufsmodells, in denen auf die Etablierung und Institutionalisierung als den notwendigen Voraussetzungen für eine politisch-administrative Bearbeitung sozialer Probleme hingewiesen wurde. Die Ausführungen zu den Bedingungen und Folgen einer solchen Problemetablierung und Institutionalisierung wurden hier im Vorgriff und zum besseren Verständnis nachfolgender Ausführungen herausgestellt.

2. Soziologie und Sozialpolitik

Vorbemerkung:

Nachdem zuvor soziale Probleme als Resultat kollektiver und interessengeleiteter Definitionsprozesse vorgestellt worden sind, richtet sich nunmehr das Interesse auf die Feststellung der Voraussetzungen und Bedingungen sozialpolitischer Problembearbeitungsprozesse. Die sozialpolitischen Handlungsaktivitäten erfolgen dabei in der Absicht, auf die als defizitär erachteten und problematisierten Lebensverhältnisse beeinflussend bzw. gestaltend einzuwirken, um so einen aus dieser problematisierten Situation erwachsenden Schaden von der Gesellschaft abzuwenden und/oder in seinem Ausmaß zu begrenzen. Dabei sind die das sozialpolitische Handeln anleitenden und den Handlungsrahmen begrenzenden Faktoren, das zur Anwendung kommende Instrumentarium sowie deren Organisation nicht weniger unproblematisch als die zur sozialpolitischen Bearbeitung anstehenden sozialen Probleme selbst. Mit Blick auf die im weiteren Verlauf der Arbeit durchzuführende Analyse sozialpolitischer Problembearbeitung sollen daher nachfolgend der Gegenstandsbereich von Sozialpolitik abgegrenzt, die in die Sozialpolitik einfließenden Handlungsorientierungen vorgestellt sowie grundsätzliche Hinweise zum organisatorischen Aufbau der Sozialpolitik gegeben werden.

2.1. Stand der Forschung: Zu einer soziologischen Theorie der Sozialpolitik

Das seit einiger Zeit verstärkte Bemühen der Soziologie um eine wissenschaftliche Thematisierung von Sozialpolitik im allgemeinen, speziell aber in der Ausprägung als soziale, personenbezogene Dienstleistungsproduktion ist Ausdruck der gesellschaftspolitischen Bedeutung, die der Sozialpolitik in den letzten 20 Jahren sowohl aufgrund ihrer quantitativen Ausweitung (Zunahme der Zahl der Anspruchsberechtigten) als auch - und hierauf sei besonders hingewiesen - aufgrund einer Veränderung ihrer qualitativen Dimensionen zugekommen ist. 12)

Lange Zeit beschränkten sich die sozialpolitischen Maßnahmen im wesentlichen auf Finanztransfers zur ökonomischen Existenzsicherung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Dabei wurde der verteilungspolitische Aspekt als gesamtwirtschaftlich so bedeutend herausgestellt, daß die Sozialpolitik fast ausschließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten thematisiert wurde. Vor diesem Hintergrund bemühten sich darum bisweilen auch nur die Wirtschaftswissenschaften um die Ableitung allgemeingültiger, generalisierbarer Aussagesysteme, die sie schließlich auch zu einer ökonomisch eigenständigen Theorie der Sozialpolitik systematisieren konnten.

In Anbetracht des in den letzten zwanzig Jahren zu beobachtenden überproportionalen Anwachsens der Aufwendungen für soziale, personenbezogene Dienstleistungen 13, scheint jedoch eine ausschließlich an ökonomischen Begriffen und Annahmen orientierte Betrachtungsweise von Sozialpolitik nicht mehr angemessen. Im Gefolge des gesellschaftlichen Wandels haben sich die Lebensbedingungen dahingehend geändert, daß zunehmend elementare, immaterielle Bedürfnisse (wie z.B.: Pflege bei Krankheit, Erziehung, allg. Lebenshilfe, etc.) von der Art sozialer, unmittelbar personenbezogener Dienstleistungen nicht mehr über das familiäre Netz befriedigt werden, sondern deren Befriedigung kollektive Anstrengungen in Form von organisierter sozialer Dienstleistungsproduktion erforderlich macht. Die somit im Rahmen der Sozialpolitik heute vorherrschende Dienstleistungsproduktion geht dabei

aber so tief und deterministisch in so viele Lebensbereiche der Endadressaten ein, daß diese in zunehmendem Maße sowohl von den Ausprägungen und Effekten der sozialpolitischen Maßnahmen und den Bedingungen ihrer institutionellen Vermittlung als auch von den über diese Anwendungspraxis befindenden politischen Entscheidungsträgern in erhöhtem Maße abhängig werden. 14)

Diese Problemzusammenhänge im Kontext sozialer Dienstleistungsproduktion sowie die gesamtgesellschaftliche Bedeutung einer inzwischen primär an soziokulturellen Faktoren orientierten Sozialpolitik begründen schließlich das Bemühen aller an Sozialpolitik Beteiligten, ihr Wissen um diesen Politikbereich durch methodisch gesicherte wissenschaftliche Analysen und Expertisen zu systematisieren.

Entsprechend diesem Bedarf nach einer umfassenden und generalisierenden Problemeinsicht in das Handlungsfeld sozialer Dienstleistungsproduktion sowie im Hinblick auf die Beschaffung wissenschaftlich fundierter, entscheidungs- und handlungsrelevanter Informationen zur Planung und Durchsetzung sozialpolitischer Maßnahmen scheint sich ein Rückgriff auf soziologische Erklärungsansätze anzubieten. Angeleitet durch den theoretischen Bezugsrahmen der Soziologie könnten so die allgemeinen sozialpolitischen Erkenntnisinteressen bzw. die speziellen Problemstellungen auf 'soziologische Begriffe' gebracht, d.h. so in erkenntnisleitende Fragestellungen gekleidet werden, daß eine sozialwissenschaftliche Erklärung und Deutung von Sozialpolitik auch mit Blick auf die Gewinnung potentiell entscheidungs- und handlungsrelevanten Wissens möglich wird.

Neben diesem und dem grundsätzlichen Interesse an einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Sozialpolitik versprechen sich die sozialpolitischen Akteure mit ihrem Bemühen um eine wissenschaftliche Politikberatung sowohl eine Instrumentalisierung als auch eine Rationalisierung und Legitimierung ihres sozialpolitischen Handelns. 15) Mit Hilfe einer möglichen Konzeptionalisierung, generell anwendungsbezogener Handlungsanweisungen in der Sozialpolitik könnte schließlich auch die Komplexität sozialer Probleme und die an ihre poli-

tisch-administrative Bearbeitung sich knüpfende Unsicherheit zugunsten einer relativen Kalkulierbarkeit sozialpolitischer Maßnahmen reduziert werden.

Mit einer wissenschaftlichen und vorzugsweise soziologisch angeleiteten Analyse der Bedingungen und Wirkungen organisierter sozialer Dienstleistungsproduktion verbindet sich aber nicht nur die Hoffnung auf die Herleitung einer soziologisch eigenständigen Theorie der Sozialpolitik, durch die es möglich würde, das Handlungsfeld von Sozialpolitik sowohl zu systematisieren, als auch darüber hinaus bestimmte Handlungs- und Wirkungszusammenhänge zu differenzieren und zu generalisieren. Sehr viel konkreter stellen sich die Erkenntnisinteressen in den Problemen der Organisierbarkeit bzw. Steuerbarkeit multiorganisatorischer Dienstleistungsproduktionen sowie in der Bestimmung der Drittwirkungen der implementierten Handlungsprogramme dar. Dazu müßten aber zu deren Erfassung sowohl die politisch-administrativen Rahmenbedingungen, als auch die inter- und intraorganisatorischen Beziehungsstrukturen auf mögliche, das Handlungsergebnis beeinflussende Interessenskonflikte zwischen den Akteuren, auf Maßnahmenabstimmungen und sonstigen Kooperationen zwischen den Beteiligten, auf Implikationen aus der Ressourcenallokation, auf die Eignung bestimmter Interventionsinstrumente etc. durchleuchtet werden. Eine wissenschaftliche Analyse organisierter sozialer Dienste zielt dann unter anderem darauf ab, die Wirkungsgenauigkeit sozialpolitischer Maßnahmen sowohl mit Blick auf die Anforderungsprofile der Leistungsadressaten als auch im Hinblick auf eine Optimierung der Ressourcenallokation im Kontext des Handlungsprogramms sowie der Steuerung der Programmimplementation zu verbessern
16).

Bislang verfügt die Soziologie jedoch noch nicht über eine solchermaßen analytisch aufbereitete, soziologisch eigenständige Theorie der Sozialpolitik. Es stellt sich überhaupt die Frage, ob es jemals möglich sein wird, soziologisches Wissen in der sozialpolitischen Praxis zur Anwendung zu bringen. 17) Ursache dafür ist nicht etwa die mangelnde Kompetenz der soziologischen Theorien, soziale Problemzusammenhänge zu erkennen und zu erklären, ganz im Gegenteil: sowohl

die Lerntheorie als auch die Ettikettierungs- bzw. Stigmatisierungstheorie und Anomietheorie scheinen jede für sich vorzüglich geeignet, die Genese und Konstituierungsbedingungen sozialer Probleme zu begründen. Die relativ geringe Praxisrelevanz der soziologischen Theorien scheint vielmehr dadurch begründet, daß das Abstraktionsniveau der Theorien zur Erklärung der sozialen Phänomene zu hoch ist, als daß hierüber konkrete, fallspezifische Problemlösungskonzepte hergeleitet werden könnten. Darüber hinaus scheinen häufig aber auch die inhaltlichen Aussagen zur Problemursache sowie zur Problemlösung insbesondere dann ihre praktische Umsetzung zu verhindern, wenn soziologisch angeleitete Problemlösungsvorschläge entweder: die Reform von institutionalisierten gesellschaftlichen Aktivitäten fordern und damit gegen die Bestandserhaltungsinteressen dieser Organisationen verstoßen (z.B.: Ettikettierungstheorie) oder Störungen im bestehenden Werte- und Normengefüge als Problemursache erkannt wurden, eine Beseitigung dieser Störung aber den Handlungsspielraum der beteiligten Akteure bei weitem übersteigt (z.B.: Anomietheorie) oder sich die vorgeschlagenen Problemlösungsstrategien nicht wesentlich von denen anderer, nicht-soziologisch beeinflusster Disziplinen unterscheiden (z.B.: soziologische Lerntheorie versus psychologische Verhaltenstheorie). Mit anderen Worten: Nicht das mangelnde Wissen um die Ursachen von sozialen Problemen hat bislang eine Sozialisierung der Sozialpolitik verhindert, sondern das sozialpolitische Gefüge von Organisationen, Ressourcen und Eigeninteressen der Akteure scheint einer Umsetzung soziologischen Wissens im Wege zu stehen.

Des weiteren stellt sich auch die Frage, ob die ganz wesentlich von situativen Faktoren determinierte sozialpolitische Praxis überhaupt in einem an den Kategorien der Spezifizierung, Differenzierung und Generalisierung ausgerichteten theoretischen Ansatz adäquat erfaßt werden kann. 10. Wie kaum ein anderer Politikbereich unterliegt die Sozialpolitik in sehr starkem Maße dem sozialen Wandel, durch den die sozialpolitisch Verantwortlichen zu einer hohen situations- und sachbezogenen Anpassungsflexibilität gezwungen werden, deren implizierte Handlungsunsicherheiten auch nicht durch Rückgriff auf eine Theorie der Sozialpolitik aufgefangen

werden kann. Darüber hinaus scheint es praktisch unmöglich, die diversen Handlungsorientierungen und 'egoistischen' Handlungsmotivationen mit Blick auf die Programmformulierung und -implementierung theoretisch handhabbar zu machen. Um nur die beiden hier zuletzt angeführten Schwierigkeiten, nämlich die Situationsgebundenheit sowie die Vielfalt handlungsleitender Faktoren in ihren Interdependenzen, in einem theoretischen Ansatz zur Sozialpolitik berücksichtigen zu können, wäre schon beinahe ein Rückgriff auf so etwas wie eine 'allgemeine Gesellschaftstheorie' notwendig ¹⁷. Da aber auch eine solche Theorie nicht vorliegt, scheint die Soziologie noch relativ weit entfernt zu sein von einer der Komplexität sozialer Probleme gerecht werdenden Theorie der Sozialpolitik. Die bisherigen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen um diesen Politikbereich werden somit weiterhin an konkreten Einzelfällen orientiert bleiben.

Die inhaltlichen Analysen dieser sogenannten 'casestudies' beschränken sich bisweilen darauf, die formalen und materiellen organisatorischen Rahmenbedingungen (organisatorischer Aufbau bzw. Ablauf, durch Haushaltspläne geregelte Faktorallokation) hinsichtlich ihrer Voraussetzungen und Anwendungsmöglichkeiten bei der Programmimplementation näher zu durchleuchten. In der Regel gehen diese Bemühungen aber über eine Deskription der bestehenden Strukturen sowie über die im konkreten Einzelfall in die Programmformulierung und -implementierung einfließenden Handlungsorientierungen der politisch-administrativen Akteure nicht hinaus. Die Analysen selbst sind dabei vorwiegend aktorzentriert und thematisieren entsprechend eingleisig die Beziehungsstrukturen, die ein einzelner Akteur (respektive eine einzelne Organisation) mit anderen Akteuren (Organisationen) seines näheren Handlungsfeldes unterhält. Auf eine differenzierte Betrachtung von netzwerkartigen Verflechtungen zwischen einer Vielzahl verschiedener Akteure, die sämtlich ihrem speziellen Organisationszweck folgend, an der Bearbeitung eines sozialen Problems mitwirken und der daraus resultierenden erhöhten Steuerungsproblematik, wird somit vorwiegend verzichtet. Weitestgehend versäumt und/oder bewußt ausgeklammert wurden bisweilen auch Analysen, die die tatsächlichen Wirkungseffekte sozialpolitischen Handelns zu eruieren gehabt hätten.

Wenn überhaupt, so befassen sich die meisten Studien zwar mit den Entscheidungsprozessen zur Programmentwicklung, eventuell auch noch mit Implementationswiderständen und ihren Folgewirkungen innerhalb des politisch-administrativen Systems, in den weitaus seltensten Fällen sind jedoch Wirksamkeitsanalysen mit Blick auf die Bedürfnisstrukturen der Endadressaten sozialpolitischen Handelns das zentrale Thema wissenschaftlicher Expertisen. Wenngleich somit die Sozialwissenschaften auch noch weit entfernt sind von einer umfassenden, eben die Organisations- und Wirkungseffekte mit berücksichtigenden Theorie der Sozialpolitik, so scheint sich nur über ein induktives Vorgehen, d.h. durch die schrittweise Sammlung und Aneinanderreihung von problemspezifischen Erfahrungen, durch fallbezogene adäquate Rekonstruktionen sozialpolitischer Praxis, die Chance zu bieten, zu allgemeinerem, generalisierbarem Wissen über die Bedingungen und Folgewirkungen organisierter, sozialer Dienstleistungsproduktion zu gelangen 20,.

2.2. Zum Gegenstandsbereich von Sozialpolitik

Versuche einer allgemeinen Abgrenzung und Inhaltsbestimmung von Sozialpolitik nach deren Zielen und Funktionen enden bisweilen mit einer ausführlichen Dokumentation situations-spezifischer Ausgestaltungen von Sozialpolitik. Bislang findet sich weder in der sozialpolitischen Praxis noch in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine eindeutig definitorische Abgrenzung dieses Politiksegmentes. 21)

Indem der Begriff der Sozialpolitik auf seine Begriffsbestandteile des sozialen und politischen Handelns zurückgeführt wird, bietet sich eine erste Möglichkeit zur Analyse und Interpretation des Gegenstandsbereichs von Sozialpolitik an. Entsprechend weist, die auf das soziale Handeln bezogene Begriffskategorie die Sozialpolitik als ein situationsgebundenes und -interpretierendes, auf das Handeln anderer Personen und deren Lebensumstände bezogenes zielorientiertes Handeln aus. Mit der Spezifizierung des sozialen Handelns als einem politischen Handeln stehen dann nicht mehr nur die zwischen einzelnen Individuen sich vollziehenden Interaktionen im Vordergrund des Interesses, sondern über die Kategorie des Politischen wird das kollektive und sich auf Gruppeninteressen stützende gesellschaftsbeeinflussende und -verändernde Handeln zum Gegenstandsbereich von Sozialpolitik. Die spezifische Form des politischen Handelns ist damit sehr viel eher als das allgemeine soziale Handeln ein geplantes, reflektiertes und auf öffentlichkeitswirksamkeit bedachtes Handeln. Damit kann der Bereich der Sozialpolitik inhaltlich beschrieben werden als ein sich auf bestimmte Gruppeninteressen stützendes und auf die Lebensverhältnisse anderer sozialer Objekte einwirkendes Handeln. Sowohl bei der Definition der handlungsauslösenden Situation als auch bei der Ausgestaltung des Handelns selbst orientiert sich sozialpolitisches Handeln an den handlungsleitenden Werten, Normen, Kognitionen und privaten Interessen der sozialpolitischen Akteure. Die Handlungsentscheidungen werden dabei wesentlich von den Erwartungshaltungen determiniert, die von bestimmten Bezugsgruppen an die Handlungsakteure herangetragen werden, die ihrerseits wiederum bestimmten Referenzgruppen bzw. der Öffentlichkeit verpflichtet sind. 22) Damit

aber gehen sowohl in die Zieldefinition wie auch in die Formulierung und Implementierung sozialpolitischer Handlungsprogramme normative Prämissen ein. Ziele und Maßnahmen sozialpolitischen Handelns sind intentional auf eine Verbesserung der Qualität bestimmter sozialer Verhältnisse bzw. auf die Beseitigung und/oder Verhinderung von defizitär definierten Lebensumstände gerichtet.

Je nach der Art der Problemdefinition bzw. der Bedürfnisstruktur der Leistungsadressaten werden im Rahmen der Einkommens- und Dienstleistungsstrategie der Sozialpolitik materielle und immaterielle Güter bereitgestellt. Ist das sozialpolitische Handeln primär darauf ausgerichtet, die ökonomische Existenz einer bestimmten Zielgruppe sicherzustellen, so werden über die Einkommensstrategie der Sozialpolitik monetäre bzw. materielle Hilfen in Form von Sozialhilfe, Fürsorge etc. vermittelt. Richtet sich das sozialpolitische Handeln hingegen auf die Sicherung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Existenz einer bestimmten Personengruppe, so werden zur Befriedigung solcher elementaren Bedürfnisse soziale - unmittelbar personenbezogene - Dienstleistungen (z.B.: Beratung, Pflege, Behandlung (Therapie) etc.) durch die Sozialpolitik bereitgestellt.

Im Gegensatz zu den materiellen Hilfen und Einkommenstransfers, die formalisierbar und nach einmaliger Feststellung des Leistungsanspruchs auch routinisiert und ohne ständige Präsenz der Endadressaten durch die Leistungsverwaltung abgewickelt werden können, erfordert die Produktion und Vermittlung der sozialen Dienstleistungen schon allein aufgrund der Interaktionsnotwendigkeit bei der Übermittlung der Hilfsangebote (z.B.: Beratung, Behandlung) sowie des zeitlichen Zusammenfalls von Konsum und Produktion der Hilfe (und acto Prinzip) sowohl eine unmittelbare Klientenpräsenz als auch eine Kooperationsbereitschaft zwischen den sozialpolitischen Akteuren und den Leistungsadressaten.

Ziele und Maßnahmen sozialpolitischen Handelns sind grundsätzlich dann legitimiert, wenn sie auf eine Verbesserung der Qualität (die im Rahmen eines Definitionsprozesses festgeschrieben wird) bestimmter sozialer Verhältnisse gerich-

tet sind. Sozialpolitisches Handeln erweist sich aber selbst da als gerechtfertigt und begründbar, wo die Leistungsadressaten selbst gar keinen Bedarf nach sozialpolitischen Maßnahmen äußern, respektive das Leistungsangebot ablehnen. Um aber auch unter den Bedingungen einer fehlenden Nachfrage (Bedürfnis) nach sozialpolitischen Aktivitäten deren Notwendigkeit und Nützlichkeit erklären und rechtfertigen zu können, werden die Leistungsadressaten in einem Definitionsprozeß entmündigt und übernehmen sozialpolitische Advokatoren ohne Klientenauftrag (unter Verweis auf ihre kustodiale Orientierung und ihr überlegenes Wissen) die Interessenvertretung der Leistungsadressaten.

Dabei versuchen sie nicht nur die Zielgruppe von der Bedeutung und Zweckdienlichkeit der offiziell eigens für deren Wohlergehen erbrachten sozialpolitischen Leistungen zu überzeugen, sondern ihnen obliegt es auch, derartige sozialpolitische Maßnahmen in der öffentlichen Diskussion zu begründen bzw. zu legitimieren. Ob und inwieweit sozialpolitisch begründete Ziele und Maßnahmen damit 'offen' sind für die Einbringung und Umsetzung privater Handlungsinteressen der Akteure von Sozialpolitik, scheint primär davon abzuhängen, in welcher Art und Weise das zur Bearbeitung anstehende soziale Problem öffentlich thematisiert wird und auf welche legitimatorischen und institutionellen Handlungsmöglichkeiten sich die Akteure stützen. Wird die Auseinandersetzung mit dem zur Bearbeitung anstehenden sozialen Problem sehr emotional und unreflektiv geführt, so scheint es hier eher möglich, private Interessen der Akteure in die offizielle Zieldefinition und Maßnahmenplanung einfließen zu lassen; thematisiert die öffentliche Diskussion das Problem primär unter den Gesichtspunkten der Normabweichung, d.h. wird das Problem an rationalisierbaren und kontrollierbaren Kriterien festgemacht, so wird es für die Agenten schwierig, über sozialpolitische Handlungsprogramme eigene Handlungsinteressen einzubringen.

Unter Berücksichtigung des normativen Charakters der Problemdefinition, der Möglichkeit der Durchsetzung eines anderen als des offiziell vorgegebenen Ziels sowie durch die Art der mit der Thematisierung des Problems vorgegebenen Handlungssituation erscheint sozialpolitisches Handeln als rela-

tiv ambivalent. Mit anderen Worten: Bei der Beschreibung von Sozialpolitik kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, daß sozialpolitisches Handeln stets im Hinblick auf eine selbständig geäußerte Nachfrage einer bestimmten Zielgruppe erfolgt, noch daß die beabsichtigten Wirkungen immer auch den tatsächlichen Wirkungen entsprechen, da sowohl die Handlungsorientierungen als auch die Definition der Handlungssituation sowie intervenierende Gruppeninteressen und Implementationsbedingungen das tatsächliche sozialpolitische Handeln beeinflussen.

Zur Durchsetzung der Ziele, die zielgruppenspezifisch entweder auf die Veränderung oder Stabilisierung eines problematisierten gesellschaftlichen Zustandes gerichtet sind, bedient sich die Sozialpolitik vorwiegend des Instrumentariums gesetzlicher Regelungen bzw. Handlungsanweisungen, Anreiz und/oder Überzeugungsprogrammen. Dabei steht sozialpolitisches Handeln aber vor dem Dilemma, auf der einen Seite durch einen Katalog von Gesetzesregelungen und Verwaltungsvorschriften das Handeln systematisieren und generalisieren zu wollen, auf der anderen Seite aber die Sozialpolitik für situatives, fallspezifisches Handeln offenzuhalten.

23)

Zusammenfassend läßt sich Sozialpolitik charakterisieren als ein Komplex geplanter und institutionalisierter Maßnahmen, die auf der Grundlage allgemein akzeptierter Normen und Werte sowie unter dem Druck kollektiver Gruppeninteressen intentional darauf ausgerichtet sind, gestaltend auf bestimmte soziale Lebensverhältnisse einzuwirken. Die an diesem offiziellen Zweck ausgerichteten Handlungsprogramme können sich dabei unter dem Einfluß privater Handlungsinteressen der Akteure, der Handlungssituation, den Implementationsstrukturen sowie normativer und kognitiver Faktoren als relativ ambivalent erweisen.

2.3. ... Zum organisatorischen Aufbau von Sozialpolitik

Wie zuvor angeführt, zeichnet sich die Struktur sozialpolitischen Handelns unter anderem dadurch aus, daß soziale Probleme bzw. deren Lösung in eine gesamtgesellschaftliche Mitverantwortung gestellt sind, wodurch grundsätzlich alle Gesellschaftsmitglieder sowie deren Gruppierungen aufgefordert sind, sich des Problems anzunehmen. Sozialpolitik beschränkt sich damit nicht ausschließlich auf staatliches Handeln, sondern bezieht eine Vielzahl unterschiedlicher (staatlicher und nicht-staatlicher) Akteure und Handlungsorientierungen in die Problembearbeitung mit ein. Obgleich sich dabei alle beteiligten Parteien auf irgend eine Art und Weise um die Problembearbeitung bemühen, sind die einzelnen mehr oder weniger operationalisierten Zielorientierungen und Lösungsstrategien im Detail oft unterschiedlich und unter Umständen auch konfligierend. Ein Zusammenwirken aller an der Problembearbeitung beteiligten Akteure macht es daher erforderlich, die Vielzahl der verschiedenen Einzelaktivitäten zu strukturieren und in ihrer Implementation zu steuern. 24,

Das Handlungsfeld der Sozialpolitik ist damit gekennzeichnet durch eine Vielzahl heterogener Akteure, die sich zur besseren Durchsetzung ihrer Handlungserwartungen und -interessen in der Regel in diversen Organisationen zusammenschließen. 25, Die Positionen im Handlungsfeld der Sozialpolitik sind somit primär mit Organisationen besetzt, die sich zwar intern zur Erreichung ihres Organisationszwecks bzw. zur Durchsetzung ihrer Bestandserhaltungsinteressen gegeneinander abzugrenzen versuchen, gleichzeitig aber auch zur Stärkung ihrer Verbandsmacht mit den anderen Organisationen in kooperative Beziehung treten (Inter- und Intraorganisationsbeziehungen). 26, Zur adäquaten Rekonstruktion des sozialpolitischen Handelns wird es somit notwendig, den formalen organisatorischen Aufbau des komplexen Handlungsfeldes der Sozialpolitik in die Betrachtung mit einzubeziehen. Dabei resultiert die Komplexität des Handlungsfeldes nicht allein aus der Anzahl der verschiedenen, mit der Problembearbeitung betrauten Akteure sowie deren Handlungsorientierungen, sondern die Komplexität ist primär auch Ausdruck der vielseitigen Beziehungsverflechtungen zwischen den Organisationen.

Bei der Ausführung konkreter sozialpolitischer Programme sind die Implementationsbedingungen und -strukturen durch die föderative Gliederung der bundesdeutschen Verwaltung vorgegeben. 27) Entsprechend diesem mehrstufigen Verwaltungsaufbau bzw. der Trennung in Gebietskörperschaften nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gilt es, zwischen einer Vielzahl von unter Umständen interorganisatorisch sehr heterogenen Akteuren, deren unterschiedlicher sektoraler Eingruppierung in einen öffentlichen, privaten und/oder gemeinnützigen Bereich bzw. den daraus erwachsenen Aktor-Sektor-Kombinationen zu unterscheiden. Ein weiteres Kriterium zur systematischen Erfassung der relevanten inter- und intraorganisatorischen Dimensionen resultiert aus der Feststellung arbeitsteiliger Differenzierungen bzw. der Abgrenzungen von Kompetenz- und Zuständigkeitsbereichen zwischen den Akteuren innerhalb ihres Wirkungsfeldes. 28) Zwar sind Verteilung und Zuweisung der politisch-administrativen Aufgaben zwischen den drei Gebietskörperschaften im Rahmen des föderativen Verwaltungsaufbaus verbindlich nur für den öffentlichen Sektor geregelt, tatsächlich haben aber auch der private und gemeinnützige Sektor diese arbeitsteilige Gliederung in ihren organisatorischen Aufbau übernommen 29).

Auf der Grundlage dieser verwaltungsmäßigen Ordnung drückt sich die Arbeitsteilung innerhalb der einzelnen Verwaltungsebenen dadurch aus, daß in die Zuständigkeit des Bundes mehr oder weniger alle gesetzgeberischen Regelungen und programmatischen Entscheidungen fallen, den auf Landesebene organisierten Institutionen neben einer weitreichenden Gesetzgebungskompetenz in der Regel die administrative Bearbeitung der auf Bundesebene gefaßten Beschlüsse zukommt und schließlich kommunale Einrichtungen mit der konkreten, am Einzelfall ausgerichteten Umsetzung des Handlungsprogrammes betraut sind. Die Abstimmungsprozesse zwischen den einzelnen Ebenen (vertikale Politikverflechtung) sind dabei nicht hierarchisch, d.h. durch ein Verhältnis der über- und Unterordnungen geregelt, sondern ähnlich wie bei der Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Ressorts innerhalb einer Ebene erfolgt die Querabstimmung und Koordination der Maßnahmen i.d.R. über Kooperation und Kommunikation 30). Der

notwendige Kommunikationsaufwand, der erforderlich wird um die durch (horizontale und vertikale) Arbeitsteilung und Spezialisierung von einander abgetrennten Handlungsaktivitäten aufeinander zu beziehen und zu koordinieren, steigt dabei mit der Anzahl der beteiligten Implementationsakteure und den ihnen zurechenbaren unterschiedlichen Sektoren (bzw. den sich darüber ergebenden Kombinationen). 31,

Doch trotz Formalisierung der Beziehungsstrukturen innerhalb und zwischen den Organisationen können Dysfunktionalitäten bei der Problembearbeitung nicht immer ausgeschlossen werden. Diese resultieren daraus, daß die öffentlich kommunizierten Organisationsziele nur der Selbstdarstellung der Organisationen und der Mobilisierung von Ressourcen dienen, die tatsächlichen Aktivitäten hingegen an gewissen anderen Detailzielen orientiert sind, die nicht unmittelbar mit der Verfolgung des offiziellen Ziels im Zusammenhang stehen. Aufgrund der durch die Organisationsplanung nicht zu erfassenden (individuellen und kollektiven) latenten Handlungsinteressen der Akteure in den Organisationen sowie durch eine ungleiche Verteilung der Ressourcen stellt sich somit die Realisierung institutionalisierter sozialpolitischer Problembearbeitung als ein komplexes politisch-administratives Steuerungsproblem dar. 32, Dabei erfordert nicht nur der multiorganisatorische Aufbau der Sozialpolitik koordinierende und integrierende Steuerungsleistungen, sondern darüber hinaus gilt es, daß grundsätzliche Verhältnis zwischen den sozialpolitischen Handlungsträgern und den Leistungsadressaten, um deren Willen die Aktivitäten ja offiziell initiiert werden, zu strukturieren und sowohl die Formen der Über- und Unterordnung von Handlungsakteuren und Leistungsadressaten als auch die Bedingungen der Partizipation der Zielgruppe an der Programmformulierung und Implementation festzuschreiben. 33,

Da sich im Gegensatz zu den übrigen Politikbereichen der sozialpolitische Bereich unter anderem auch dadurch auszeichnet, daß sozialpolitische Güter weder im voraus, d.h. 'auf Lager' produziert und bereitgestellt werden können (uno-acto-Prinzip), noch eine Produktion ad hoc eingeleitet werden kann, erweist es sich darüber hinaus als zwingend

notwendig, die sozialpolitischen Handlungsaktivitäten so zu organisieren, daß einem bestimmten Bedarf nach sozialer Hilfeleistung sowohl zeitlich als auch vom Leistungsumfang her entsprochen werden kann. Ob aber die Bedürfnisse und Erwartungen der Leistungsadressaten auch qualitativ im Leistungsangebot Berücksichtigung finden, hängt unter anderem davon ab, inwieweit sich die Anforderungen an die sozialpolitischen Dienste in das ökonomische, soziale und politische Ordnungs- und Beziehungsgefüge der Sozialpolitik einbinden lassen bzw. inwieweit die Anliegen der Leistungsadressaten dem Streben der beteiligten Organisationen nach Bestandserhaltung Vorschub leisten.

Abgesehen von den Schwierigkeiten und Folgeproblemen, die sich im Zusammenhang mit der Organisation sozialpolitischen Handelns ergeben (und auf die in den nachfolgenden Kapiteln noch ausführlich Bezug genommen werden soll), bleibt festzuhalten, daß die Komplexität institutionalisierter sozialpolitischer Problembearbeitung aufgrund des multiorganisatorischen Aufbaus von Sozialpolitik, den inter- und intraorganisatorischen Beziehungsstrukturen sowie den Besonderheiten der Bereitstellung und Nutzung sozialer personenbezogener Dienstleistungen erheblicher organisatorischer Anstrengungen bedarf, wenn die sozialpolitischen Aktivitäten zur Beseitigung und/oder Vermeidung (individualisierter) sozialer Probleme wirksam zum Einsatz gebracht werden sollen. 34,

2.4. Handlungsorientierungen und -strategien in der Sozialpolitik

In den vorangegangenen Abschnitten wurde versucht, das Handlungsfeld von Sozialpolitik dadurch näher zu bestimmen, indem ganz allgemein auf die beiden Grundkategorien des sozialen und politischen Handelns sowie auf den organisatorischen Aufbau der Sozialpolitik eingegangen wurde. Dabei blieben die das sozialpolitische Handeln leitenden und steuernden Werte, Normen, Kognitionen, Emotionen und privaten Interessen, kurz die Handlungsorientierungen und -motivationen, von einer detaillierten Betrachtung ausgenommen. Dieses Defizit gilt es im folgenden aufzuarbeiten.

Funktionale Bezugspunkte jeglichen sozialpolitischen Handelns sind, wie schon an anderer Stelle ausgeführt, soziale Objekte bzw. bestimmte problemdefinierte gesellschaftliche Zustände oder Personengruppen. Entscheidend für die Setzung des funktionalen Bezuges wie auch für die Wahl, Formulierung und Durchführung der sozialpolitischen Maßnahmen sind neben den professionellen und privaten Handlungsinteressen der Akteure die allgemein gesellschaftlich akzeptierten Wert- und Verhaltensmuster, durch die die Sicherung und Regelung der Gewährung eines menschenwürdigen Daseins einer sozialen Mitverantwortung unterstellt wird. Dabei bestimmen die im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankerten Grund- und Menschenrechte nicht nur die Grundlage menschlichen Gemeinschaftslebens, sondern sie determinieren durch die Grundsätze der 'Unantastbarkeit der Menschenwürde', der 'Entfaltung der Persönlichkeit', dem 'Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit', der 'Freiheit der Person' sowie der 'Gleichheit vor dem Gesetz' die übergeordneten Wert- und Zielorientierungen einer Sozialpolitik. 38,

Über die Identifikation der Gesellschaftsmitglieder mit einer auf diesem Menschenbild basierenden Weltanschauung sowie der Internalisierung dieser Leitideen werden schließlich Anforderungs- und Bedürfnisstrukturen konstituiert und definiert, die in Form von Grundwerten (-rechten) als allgemeine Handlungserwartungen in die Sozialpolitik eingehen und sozialpolitisches Handeln (gesetzlich) normieren und kognitiv

anleiten:

Die verfassungsmäßige Ordnung der Bundesrepublik weist diese als einen sozialen Rechtsstaat aus, der den in ihm lebenden Menschen und ihren Gemeinschaften sowohl freiheitliche als auch soziale Rechte garantiert. Entsprechend diesen freiheitlich-sozialen Grundrechten finden z.B. Gesetze und Verfahrensvorschriften dann in der Sozialpolitik ihren Niederschlag, wenn es unter anderem darum geht, die Würde des Menschen dadurch zu sichern, daß ihm entsprechend seiner Bedürftigkeit materielle und immaterielle Sozialleistungen gewährt werden, die es ihm sodann ermöglichen, ein menschenwürdiges Dasein zu führen. 36,

Darüber hinaus sichert das Grundrecht auf Gleichheit vor dem Gesetz, daß jedem Anspruchsberechtigten bei Vorliegen des gleichen Sachverhalts, unabhängig von seinen spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen, die gleichen Sozialleistungen zustehen, d.h. Benachteiligungen also per Gesetz ausgeschlossen werden. Mit dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das die allgemeine Wertschätzung vor dem menschlichen Leben ausdrückt, wird nicht nur das Leben des Einzelnen durch die Abwehr allgemeiner gesundheitlicher Gefahren geschützt, sondern in diesem Recht dokumentiert sich gleichzeitig auch ein Rechtsanspruch auf Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und der gesellschaftlichen Leistungsfähigkeit durch sozialpolitische Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge.

Über diesen, an öffentlicher wie individueller Gesundheits-sicherung ausgerichteten und normierten sozialpolitischen Handlungsaspekt hinausgehend, tragen sozialpolitische Maßnahmen schließlich dazu bei, das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nicht nur zu respektieren, sondern es auch zur Pflege, Förderung und Sicherung des sozialen Zusammenlebens durch sozialpolitische Aktivitäten und unter Wahrung der Eigenständigkeit der Person zu fördern. In das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Freiheit der Person kann dabei innerhalb des sozialpolitischen Handlungsfeldes nur eingegriffen werden, wenn es zum Schutz des Gemeinwohls und zum Schutze des einzelnen Menschen unabdingbar scheint, wobei jedoch Freiheitbeschränkungen zum Zwecke der Hilfeleistungen an Erwachsene gesetzlich unzulässig sind. 37,

Diese gemeinsamen Bedeutungsinhalte bzw. Leitideen der Sozialpolitik gehen als Überzeugungen, Erwartungen und Handlungen in die Zielformulierung von Sozialpolitik ein und begründen, normieren und institutionalisieren das sozialpolitische Handeln. 38,

Auf der Grundlage einer solchermaßen gestalteten sozialen

Mitverantwortlichkeit und in Anlehnung an das pluralistische Ordnungskonzept, durch das es einer Vielzahl von heterogenen Gruppen und Individuen möglich wird, sich an der Formulierung und Implementierung sozialpolitischer Maßnahmen zu beteiligen bzw. ihren Einfluß geltend zu machen, finden professionelle und private Handlungsparameter bestimmter, mit der konkreten Problembearbeitung befaßter Berufsgruppen Eingang in die Ausgestaltung der Handlungsstrategien von Sozialpolitik. 37. Wenngleich somit die sozialpolitischen Akteure sämtlich einem übergeordneten Ziel bzw. einer Leitidee folgen, ist sozialpolitisches Handeln entsprechend den diversen handlungsleitenden Werten und privaten Nutzenkalkülen der Akteure in sich wenig konsistent, so daß Handlungs- bzw. Orientierungskonflikte in der Sozialpolitik wahrscheinlich werden. Ein grundsätzlicher, der Sozialpolitik immanenter Konflikt beruht dabei in der relativen Unvereinbarkeit einer einerseits auf Problembeseitigung abzielenden Handlungsorientierung der Akteure und deren anderseitigem Bemühen um Besitzstandswahrung und Expansion.

Im Rückblick auf die zuvor angesprochenen, allgemein internalisierten Grundwerte und der daraus hergeleiteten Normdefinitionen ist Sozialpolitik intentional daraufhin ausgerichtet, daß die staatliche Solidargemeinschaft dann helfend aktiv wird, wenn die als defizitär definierten Lebensverhältnisse nicht mehr selbständig durch die Eigenleistung der Betroffenen behoben werden können. Die kollektive Problemlösung durch Bereitstellung sozialer Hilfsdienste (z.B. Einrichtung psychosozialer Dienste, Einstellung von professionellen Experten) erfolgt dann in der Absicht, das soziale Problem zu bearbeiten und die gesellschaftliche Störung zu beheben. Die sozialpolitischen Aktivitäten sind somit intentional daraufhin ausgerichtet, daß sie sich selbst nach einiger Zeit überflüssig machen. Mit der 'erfolgreichen' Bearbeitung des sozialen Problems ist dann jedoch den eigens zur Problembearbeitung eingerichteten Diensten die Legitimationsgrundlage für ihr Handeln entzogen. Entsprechend ihren beruflichen und an Existenzsicherung (bzw. Bestandserhaltung) ausgerichteten Handlungsmotivationen werden aber die Akteure der Sozialpolitik unter anderem daran interessiert sein, das soziale Problem in irgendeiner Weise entweder

durch Problemausweitung, -verschiebung oder einer veränderten Bedarfsfeststellung latent zu halten und zu institutionalisieren. Die Ausgestaltung der Sozialpolitik wird demnach nicht nur von den auf allgemeinen Werten und Normen basierenden Handlungsorientierungen, sondern auch von den spezifischen professionellen Eigeninteressen der Handlungsakteure angeleitet. Inwieweit schließlich die Handlungserwartungen und -orientierungen der Leistungsadressaten in der konkreten Zielausrichtung der Sozialpolitik eine entsprechende Berücksichtigung erfahren, scheint im wesentlichen davon abhängig zu sein, ob sich die von den Betroffenen geäußerten Anforderungen und Bedürfnisse mit einem an Bestandssicherung orientierten sozialpolitischen Handeln vereinbaren lassen. Insofern die Bedürfnisstrukturen und Handlungsorientierungen von Leistungsadressaten und sozialpolitischen Akteure nicht übereinstimmen, werden unter Umständen die Handlungsorientierungen und Verhaltenserwartungen der Betroffenen von sozialpolitischen Advokatoren fremdbestimmt und den Anforderungen einer kustodialen Sozialpolitik angepaßt. 40,

Bedarfsfeststellung und -definition sowie die Art und Weise der Problembearbeitung lassen sich somit zwar letztendlich auf bestimmte gesellschaftliche Leitideen und normdefinierte Verhaltenserwartungen zurückführen, die sozialpolitischen Aktivitäten tendieren aber dazu, eine gewisse Eigendynamik (i.d.R. Expansion, Ausdifferenzierung) zu entwickeln, die häufig Ausdruck der privaten Handlungsmotivationen der sozialpolitischen Akteursgruppen sind.

Eine Kontrolle und Legitimation sozialpolitischen Handelns über die Prüfung der Durchsetzung von Handlungsorientierungen und der Erfüllung von Handlungserwartungen erweist sich schließlich als schwierig, da sowohl die Problemdefinition als auch die Programmformulierung und -implementierung sowie die Erfolgs- und Qualitätskontrolle durch die sozialpolitischen Handlungsakteure selbst weitestgehend monopolisiert sind.

3. Systemtheoretische Rekonstruktion sozialpolitischer Problembearbeitung: Ein Beitrag zu einer Theorie sozialpolitischer Probleme

Vorbemerkung:

Nachdem in den vorausgegangenen Ausführungen der Problemhintergrund zur politisch-administrativen Handhabung sozialpolitischer Probleme erörtert wurde, stehen nunmehr die konkreten sozialpolitischen Maßnahmen und deren Folgen im Zentrum des Interesses. Dabei richtet sich die Diskussion nicht ausschließlich auf die allgemeinen sozialpolitischen Zielsetzungen, auf die Methoden und intervenierenden Interessen bei der Programmformulierung, sondern das Erkenntnisinteresse gilt insbesondere auch der Thematisierung der Wirksamkeit institutionalisierter Produktionsformen sozialer, personenbezogener Dienstleistungen. Da die Effekte sozialpolitischen Handelns jedoch nicht losgelöst von den Inter- und Intraorganisationsstrukturen ermittelt werden können innerhalb derer die Handlungsprogramme implementiert werden, müssen zur Abschätzung der Wirksamkeit bzw. Zweckdienlichkeit der Art und Weise multiorganisatorischer Problembearbeitung die Organisationsstrukturen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

Infolge des Fehlens eines generalisierten und spezialisierten Aussagesystems, d.h. bedingt durch das Theoriedefizit in der Sozialpolitik (vgl.: I.2.1.), scheint eine sinnvolle Interpretation der sozialpolitisch induzierten Kausalzusammenhänge nur über die Rekonstruktion bereits institutionalisierter sozialpolitischer Praxis möglich. Da nicht alle relevanten Faktoren und Problembestimmungen erfaßt und in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten dargestellt werden können, wird die Konstruktion eines einfachen modelltheoretischen Rahmens notwendig, aus dem heraus eine Vorgehensweise zur Analyse der konkreten Handlungs- und Wirkungszusammenhänge entwickelt sowie die Begriffsbildung und Kategorisierung von handlungsleitenden Einflußfaktoren angeleitet werden kann.

Ausgehend von einem konkreten und schon institutionalisierten Handlungsprogramm zur Drogenpolitik kann dann anschließend auf der Grundlage dieses Modellkonzeptes die sozialpolitische Praxis der Drogenpolitik rekonstruiert und die Analyse des empirisch gewonnenen Datenmaterials zur Organisation in der Drogenpolitik vorbereitet werden. Die Querschnittsanalyse ⁴¹⁾ ist so zu strukturieren, daß die Ergebnisse mit Blick auf die Zweckdienlichkeit der Organisation in der Dro-

genpolitik aus der Perspektive der Leistungsadressaten, der Akteure sowie unter dem Blickwinkel der Folgen für das Gesamtsystem interpretiert werden können.

3.1. Explikation des Modellkonzeptes

Wenn sich die Organisationsanalyse bisher vornehmlich auf einzelne, willkürlich ausgewählte Organisationen konzentrierte und sich im Rahmen von Intra-organisationsanalysen mit den spezifischen Organisationszielen, den Bestandserhaltungsinteressen, den Informations- und Entscheidungsprozessen, dem hierarchischen Aufbau und/oder der funktionalen Differenzierung auseinandersetzte, d.h. kurz: organisationsbezogen die Prinzipien bürokratischen Verwaltungshandelns thematisierte, so wurden unter Zugrundelegung dieser Perspektive weder die Einflüsse berücksichtigt, die andere Leistungseinheiten auf die betreffende Organisation ausüben, noch die organisationsspezifische Leistungserbringung in den Kontext eines größeren gesellschaftlichen und politischen Handlungs- und Leistungszusammenhangs gestellt. 42).

Hochgradig organisierte multiorganisatorische Problembearbeitungsprozesse sind jedoch aus einem derartig eingeschränkten Blickwinkel nicht adäquat rekonstruierbar und einer Wirkungsanalyse zugänglich. So scheint es der Realität eher zu entsprechen, wenn das Augenmerk der Organisationsanalyse nicht mehr nur auf die Betrachtung von Struktur und Funktion einer einzelnen Organisation gelenkt wird bzw. das Zusammenwirken der verschiedenen Organisationen lediglich aus der Perspektive einer einzelnen zentralen Organisation ('focus-organization') betrachtet wird 43), sondern wenn sämtliche zur Problembearbeitung beitragenden Organisationen als ein organisatorisches Makrosystem begriffen und als ein solches analysiert werden 44). Bei der adäquaten Rekonstruktion faktischer Problembearbeitungsprozesse müssen dann sowohl Intra- als auch Interorganisationsbeziehungen, die unterschiedlichen Umweltgrößen, die Grundlagen von Kooperation (zweckoder wertrational, traditional, affektiv), die Art der Zusammenarbeit (Kommunikation, Austausch von Gütern und Dienstleistungen, Vermittlung von Normen, Werten und Einstellungen, etc.) sowie die Steuerung des Leistungszusammenhangs Gegenstand der Organisationsanalyse sein. Die Systemtheorie, als ein die organisationssoziologischen Theorien bzw. soziologisch-politologischen Erklärungsansätze umgreifendes analytisches Schema, ermöglicht auf der Interaktions-

Organisations- und Systemebene den Zugang zur Analyse von multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozessen 46).

Unter Anwendung der systemtheoretischen Terminologie werden als Organisationen jene sozialen Gebilde bezeichnet, die sich über die Mitgliedschaftsbedingung eindeutig gegenüber der Umwelt abgrenzen lassen und dabei mit dieser in ständigem wechselseitigen Austausch stehen. Das Handeln der Organisationsmitglieder ist auf die Verfolgung eines bestimmten Zwecks gerichtet, wobei die Intraorganisationsbeziehungen durch eine differenzierte Binnenstruktur geregelt werden 46).

Zur Beschreibung des Austauschverhältnisses zwischen Organisation und Umwelt greift die Systemtheorie auf das Regelkreisschema der Kybernetik 47) zurück. Innerhalb dieses theoretischen Bezugsrahmens werden dann, ausgehend von der Vorstellung der Gesellschaft als einem sozialen System, Organisationen als umweltoffene Teilsysteme begriffen, die unter dem Aspekt der Steuerungsleistung eines sich selbst regulierenden Systems im Austausch mit ihrer Umwelt thematisiert werden können. Im Vordergrund einer solchen Interorganisationsanalyse stehen dabei im wesentlichen die funktionalen Erfordernisse und Regelungsmechanismen, die unter dem Einfluß der Umwelt zur Grenzerhaltung und zum Fortbestehen der Organisationen beitragen. Die systemtheoretische Betrachtungsweise reduziert schließlich die Organisation auf die in ihr konkret ablaufenden Handlungen und wahrgenommenen Funktionen (Rollen); die Personen, als die eigentlichen Handlungssubjekte, werden dabei der Organisationsumwelt zugerechnet 48).

Eine systemtheoretische Rekonstruktion des Problembearbeitungsprozesses im Rahmen eines organisatorischen Makrosystems bietet sich hier insofern an, als daß es dadurch möglich wird, über die singuläre Intraorganisationsanalyse hinaus eine Vielzahl von unter Umständen sehr heterogenen Organisationen unter einem bestimmten Sachverhalt zu einem System zusammenzufassen und zu analysieren. Durch die explizite Berücksichtigung von Umweltdimensionen wird es sodann möglich, Interdependenzen und Kooperationen zwischen den beteiligten Organisationen, die Kontingenzen der Leistungserbringungen mit Blick auf die Realisierung des Systemzwecks sowie die verschiedenen Systemreaktionen unter den Aspekten von Gleichgewicht, Stabilität, Grenzsicherung und Bestandserhaltung des Systems und seiner Elemente (Organisationen)

zu erklären.

Das für ein organisatorisches Makrosystem prägnanteste Strukturmerkmal ist die relative Eigenständigkeit der in diesem System zusammengeschlossenen Organisationen. Die einzelnen Organisationen können sich hinsichtlich ihrer spezifischen Zielsetzungen, ihren Binnenstrukturen, der Zusammensetzung ihrer Mitgliedschaften sowie ihren relevanten Umwelten unterscheiden, so daß sie allein durch ihre organisatorische Zusammenfassung im Makrosystem keine zielorientierte integrierte Einheit bilden. Der die einzelnen Organisationen miteinander verbindende Sachverhalt ist vielmehr die Zusammenarbeit an einer Aufgabe. Die Organisation der Zusammenarbeit im Makrosystem, d.h. die Koordination eines nicht unbedingt durchgehend hierarchisch gegliederten Problembearbeitungsprozesses, die Interdependenzen zwischen den Organisationen und deren Anpassung an die Umwelt sowie die Kontingenzen bei der Leistungserstellung stellen dabei hohe Anforderungen an die Steuerungskapazität des Systems. 47;

Entsprechend den Bestandserhaltungsinteressen der einzelnen Elemente des Systems, strebt auch das Makrosystem nach Gleichgewicht, Integration und Stabilität innerhalb der Interorganisationsbeziehungen. Verglichen mit dem zuvor erwähnten sich selbst steuernden kybernetischen Regelkreislauf reagiert das System auf Umwelteinflüsse und Abstimmungsprobleme zwischen den einzelnen Organisationen mit der systematischen Anpassung seiner Strukturvariablen. 50; Aussagen über die Erhaltungs- und Funktionsprinzipien des Systems bzw. des Problemlösungsprozesses sowie den davon abhängigen Wirkungseffekten sind somit nur über die Identifikation und Analyse von systemunabhängigen und intervenierenden Strukturkategorien (respektive Regelungsmechanismen) herzuleiten. Mit der Definition und Analyse von 'Systemvariablen' als den Elementen des Modellkonzeptes befaßt sich der nachfolgende Abschnitt.

3.2. Die Elemente des Modellkonzeptes (Systemvariable)

Die systemtheoretische Betrachtungsweise multiorganisatorischer Problembearbeitung innerhalb eines organisatorischen Makrosystems impliziert, daß die auf das System einwirkenden Größen (Systeminputs) in einer Art 'Umwandlungsprozeß' (Conversion) selektiv gesteuert und bearbeitet werden, um dann in Kategorien des Systemoutputs (Organisationsleistungen) als Inputgrößen wieder auf das System zurückzuwirken. Mit anderen Worten: die unter dem Begriff des Inputs subsumierten Größen der Systemumwelt initiieren als unabhängige Variable den Problembearbeitungsprozeß; erst unter dem direkten Einfluß der Organisations- und Prozeßstrukturen des Systems als den intervenierenden Variablen werden bestimmte Outputwirkungen als abhängige Variable produziert. Neben der Systematisierung und Definition von handlungs- bzw. wirkungsrelevanten unabhängigen Variablen gilt es somit primär, die intervenierenden Variablen analysierbar zu machen, um dann über kausale Implikationen die Funktionszusammenhänge im Makrosystem aufdecken zu können.

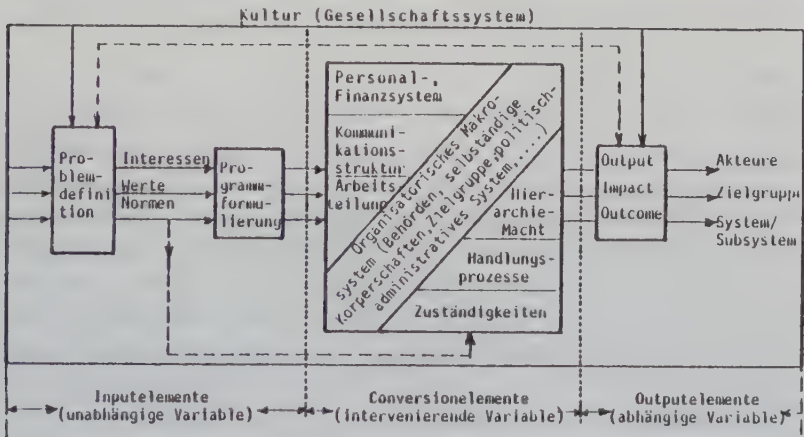


Abb.: 1

Zur Vereinfachung der Identifikation und Kategorisierung von wirksamkeitsrelevanten Input-Variablen sei hier von einer konkreten Problemdefinition und einem mindestens ebenso konkret formulierten und bereits implementierten Handlungsprogramm zur Beseitigung des Problems ausgegangen. 61, Für den Zweck dieser Arbeit kann damit der Prozeß der Austragung von

Konflikten und der Durchsetzung von Interessen, Werten und Normen sowohl hinsichtlich der Problemdefinition als auch hinsichtlich der Programmplanung vernachlässigt werden, so daß unter diesen Voraussetzungen die Problemcharakteristik sowie die im Handlungsprogramm benannten Faktoren als unabhängige Variable (Inputelemente) auf den Problembearbeitungsprozeß im Makrosystem einwirken und diesen beeinflussen. Über die Feststellung der Merkmalsausprägungen des Handlungsprogramms können dann die (formalen) Organisationsstrukturen des Makrosystems hergeleitet werden. Im Sinne der Problemcharakteristik und des Handlungsprogramms sind i.d.R. definiert: 52)

- die Zielgruppen, die Programmziele, Detailziele
- die Handlungs - bzw. Politikcharakteristik (Zwang-, Anreiz-, Überzeugungsprogramme sowie der Instrumenteneinsatz (Finanzmittel, Personalstruktur, etc.), konkrete Einzelmaßnahmen
- die relevanten Handlungsakteure (-institutionen) (Trägerstrukturen).

Darüber hinaus sei vermerkt, daß neben den allgemein verbindlichen Normen und Wertorientierungen der Systemumwelt auch tradierte Handlungsorientierungen in und zwischen den Organisationen des Systems das Makrosystem bzw. den Problembearbeitungsprozeß strukturieren. Insoweit die handlungsleitenden Werte, Normen und Interessen bereits an einer anderen Stelle der Arbeit thematisiert wurden (vgl. insbes.: I.2.4.), ist in diesem Zusammenhang auf jene Ausführungen zu verweisen.

Im Rahmen der Typisierung des Systeminputs soll hier ausführlich nur auf die in einem Handlungsprogramm festgelegten Akteursstrukturen des Makrosystems eingegangen werden. Bezogen auf den Bereich der Sozialpolitik lassen sich dann solche Organisationen als dem Makrosystem zugehörig identifizieren, die sich in der Regel dem Kreis der:

- politischen Führung, der Parlamente, der politischen Ver-

waltung, ausgelagerten staatlichen Institutionen (wie z.B. BGA, BZGA, etc.), Gerichten etc.,

- selbständigen Verwaltungskörperschaften bzw. den öffentlich-rechtlichen Körperschaften (z.B.: Sozialversicherungen, Landschaftsverbände, Wohlfahrtsverbände etc.),
- halböffentlichen und privaten Interessengruppen im vorstaatlichen Bereich (wie z.B.: politische Parteien, Randgruppen, Selbsthilfegruppen etc.)

zurechnen lassen. Die hier aufgelisteten sozialpolitisch relevanten Organisationen entsprechen damit weitestgehend jenen Institutionen, die auch als Elemente des 'Politisch-administrativen Systems' (PAS) ⁶³, einem zentralen Konzept der Politikwissenschaften, thematisiert werden. In ihrem Zusammenschluß zum politisch-administrativen System werden die Elemente unter den Aspekten ihres Handelns sowohl innerhalb des Subsystems als auch hinsichtlich der Anpassung an die Erfordernisse des Gesellschaftssystems als dem großen Ganzen betrachtet. ⁶⁴ Damit kann zur Beschreibung und Erklärung der wichtigsten Aufgabenkategorien der Akteurstrukturen im sozialpolitischen Makrosystem auf das politikwissenschaftliche Konzept des 'Politisch-administrativen Systems' zurückgegriffen werden.⁶⁵

Die konkrete Benennung der Akteure und ihre funktionale Einbindung in das Makrosystem erfolgt, wie schon erwähnt, durch das Handlungsprogramm. Darüber hinaus werden im Rahmen des Handlungsprogrammes der Systemzweck (Ziel) festgelegt, die Zielgruppe definiert, die Programmcharakteristik (Zwang, Anreiz, Überzeugung) fixiert, die Wahl des Instrumenteneinsatzes präzisiert sowie fall - bzw. situationsspezifische Einzelmaßnahmen verbindlich verabredet. Damit aber reflektiert das Handlungsprogramm die formale Organisationsstruktur des Makrosystem, wobei die Strukturkategorien als unabhängige Inputvariable den Problembearbeitungsprozeß anleiten und Einfluß nehmen auf die Qualitäten des Systemoutputs.

Die Organisationsleistungen sind jedoch nicht nur abhängig von den Merkmalsausprägungen des Systeminputs, sondern wer-

den insbesondere auch von sogenannten intervenierenden Variablen determiniert. Solche intervenierenden Variablen ergeben sich dabei aus dem Modus des Problembearbeitungsprozesses bzw. aus dem Niveau der Kategorien von Prozeßstrukturen (Routinisierung, Formalisierung, Spezialisierung etc.). Daneben wirken auch jene Interessen und Handlungserwartungen als intervenierende Variable auf den Problembearbeitungsprozeß ein, die sich bei der Definition der Problemcharakteristik und/oder der Festschreibung der Handlungsprogramme nicht durchsetzen konnten. Als intervenierende Variable lassen sich somit Einflußfaktoren kennzeichnen, die sich mehr oder weniger indirekt im Zusammenhang mit der Implementation von Handlungsprogrammen ergeben. Im Bild des sich selbst regulierenden Regelkreislaufes sind sie vergleichbar den Reglergrößen, die zur Erfüllung des Systemzweckes beitragen, das System im Gleichgewicht halten und damit dessen Fortbestehen sichern. Im Ergebnis wird das Handeln innerhalb eines Makrosystems somit entscheidend geprägt von den Organisations- und Prozeßstrukturen des Systems.

Inwieweit die im Handlungsprogramm festgelegten Organisationszwecke dann tatsächlich auch angestrebt und erreicht werden (Programmerfolg) bzw. ob die Organisations- und Prozeßstrukturen der Zielerreichung förderlich sind (Wirksamkeit, Zweckdienlichkeit), kann ohne eine Spezifizierung des Outputs nach einer Bezugsgröße bzw. nach der Wirkungsrichtung nicht präzise eingeschätzt werden. Erst mit der Unterscheidung des Organisationsergebnisses nach:

- den Leistungen (Outputs) der Akteure des Systems,
- den Wirkungen (Impacts) des multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses für die Zielgruppe, sowie nach
- den Auswirkungen (Outcomes) der Problembearbeitung im Makro- bzw. Gesamtsystem

wird eine Analyse des Organisationsergebnisses sinnvoll, da,

Unter dem Aspekt der konkreten Fragestellung der Arbeit erfährt hier die Beschreibung der verschiedenen Outputdimensionen insofern eine besondere Bedeutung, als erst mit der Unterscheidung der drei Outputgrößen die Organisationsergebnisse auf die verschiedenen Handlungsziele (-interessen) bezogen und beurteilt werden können.

Organisationsergebnisse, die sich eindeutig den Aktivitäten der Handlungsakteure zurechnen lassen (wie z.B.: die faktische Ausgestaltung und Anwendbarkeit des Handlungsprogramms, Auslegung von Ermessensspielräumen etc.), können als 'Leistungen' (Output) des Systems kategorisiert und den Organisationserfordernissen bzw. Handlungsmotivationen der Akteure - als den Bezugsgrößen der Leistungsbeurteilung - zugeordnet werden.

Ob und inwieweit die Organisationsleistungen dann auch den Bedürfnissen und Erwartungen der Leistungsadressaten gerecht werden (z.B.: durch Partizipation der Klienten am Problembearbeitungsprozeß, fallspezifische Problemlösungen etc.) bzw. inwieweit die Problembearbeitung im Makrosystem dazu geeignet ist, den Organisationszweck zu erfüllen, kann durch Beobachtung und Interpretation der Reaktionen der Zielgruppe festgestellt und als System-'Wirkung' (Impact) klassifiziert werden.

In einer dritten Outputdimension werden schließlich die Leistungen und Wirkungen des Problemlösungsprozesses in der Makroorganisation unter dem Aspekt von beabsichtigten und nicht beabsichtigten Effekten für das Makrosystem selbst (z.B.: Bestandserhaltung, soziale Integration, Steuerungskapazität etc.) wie auch mit Blick auf den Zustand des Gesamtsystems als 'Auswirkungen' (Outcome) des Handelns in der Makroorganisation typisiert und analysiert (vgl.: Abb. 2).

Abschließend bleibt noch darauf hinzuweisen, daß die hier unterschiedenen Outputkategorien von qualitativem Charakter sind. Quantitative Untersuchungen der Organisationsergebnisse, z.B. in Form von Evaluations- oder Kosten-Nutzen-Analysen, sind im Rahmen des hier aufgeführten interpretativen Analyserasters nicht möglich.

Soweit nicht anders vermerkt, wird die differenzierte Betrachtung der drei Outputgrößen (Output, Impact, Outcome) unter dem Begriff der 'Wirksamkeitsanalyse' ⁶⁷ zusammengefaßt. Für den Zweck der Arbeit kann der Begriff der Wirksamkeitsanalyse auch mit dem der 'Zweckdienlichkeit' des Orga-

nisationssysteme bei der Lösung von Problemen übersetzt werden.

Input Variable	Intervenierende Variable	Output Variable
<u>Konkrete Problemdefinition:</u> <u>Handlungsprogramm:</u> -Handlungszweck (Ziel) -Zielgruppe, -Steuerungsinstrumente (Anreizprogramme, Ressourcenverteilung, Überzeugungsprogramme, Gesetzesvorschriften) <u>Handlungsakteure:</u> -behördliche Akteure -halb-öffentliche Träger -private Akteure	<u>Organisations- und Prozeßstrukturen:</u> -Aufgabenteilung und Problemsegmentation -Kompetenzabgrenzungen -Konkurrenzbeziehungen -Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen <u>Kontrolle</u> <u>Hierarchisierung</u> <u>Bürokratisierung</u> -Standardisierung -Spezialisierung -Routinisierung -Formalisierung <u>Professionalisierung</u>	<u>Leistungen der Akteure:</u> -Besitzstandswahrung, Bestandserhaltung -Anpassungsflexibilität -Problemauswertung -Institutionalisierung -Koordination <u>Wirkungen für die Zielgruppe:</u> -Erreichbarkeit -individuelle Problemlösung, -Klientennähe der Leistungsvermittelnden Institutionen, -Partizipation an Programmformulierungen; <u>Auswirkungen auf das Makrosystem bzw. Gesamtsystem:</u> -Problemlösung, -etablierung, -verstärkung, -soziale Kosten -soziale Integration

Abb.: 2

II. Drogenkonsum und Drogenpolitik: Eine problemorientierte Einführung

Vorbemerkung:

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten der Gegenstandsbereich von Sozialpolitik näher beschrieben und auf die Aspekte handlungsleitender Normen, Werte und berufsständischer Interessen sowie auf die Bedeutung organisierter Handlungs- und Wirkungszusammenhänge theoretisch näher eingegangen worden ist, sollen die theoretischen Erörterungen am Beispiel des Drogenkonsums bzw. der Drogenpolitik illustriert werden. An dieses Vorgehen knüpft sich die Absicht, für die spätere Organisations- und Wirksamkeitsanalyse der Drogenpolitik diesen Politikbereich als ein spezielles und inzwischen institutionalisiertes Handlungsfeld von Sozialpolitik zu beschreiben und damit die für die Auseinandersetzung mit diesem Politikbereich notwendigen Hintergrundinformationen bereitzustellen.

1. Zur Konstituierung des Drogen- und Rauschmittelproblems

Als Ende der 60er Jahre die Bundesrepublik Deutschland wie auch die anderen westlichen Industrienationen von einem plötzlichen (illegalen) Drogenkonsum primär Jugendlicher überrascht und schockiert wurde, reagierten Vertreter der dominanten Gesellschaft auf dieses nicht normierte Verhalten mit Unwissenheit, Unverständnis und diversen Ängsten, zumal diese erste Drogenwelle in eine Zeit allgemeiner gesellschaftlicher Spannungen bzw. der grundsätzlichen Infragestellung gesellschaftlicher Wertmaßstäbe fiel (Studentenunruhen!). 1,

Das Drogenkonsumverhalten wurde kollektiv als gesellschaftliche Gefährdung erlebt und meist sehr emotional in öffentlichen Diskussionen thematisiert. In ersten Reaktionen wurde der Drogenkonsum sowohl für den jugendlichen Konsumenten selbst als höchst gesundheitsschädlich klassifiziert, aber auch für die weitere Entwicklung der Gesamtgesellschaft als hinderlich bzw. gefährlich interpretiert (Gefährdung des Status-quo, volkswirtschaftliche Verluste infolge Drogenkonsum etc.). 2, Die Diskussionen um Ursachen und Folgen des Drogenkonsums sowie die Forderungen zu deren Beseitigung standen alsbald im Zentrum des gesellschaftlichen Interesses (vgl.: 1. Phase des Blumer'schen Verlaufsmodells). 3,

Unter dem Einfluß einer Mystifizierung der Drogen und Drogenwirkungen und entsprechend unkonkreter Problemdefinition bzw. Handlungsforderungen bemühte sich bald eine Vielzahl von wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen 'Fachleuten' um eine systematische, wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigende Problemanalyse. Die Sondierung des Problems wurde dabei zunächst wesentlich durch die Vertreter medizinisch-sozialpsychologischer Disziplinen angeleitet, so daß sich die Begründungen und Forderungen im wesentlichen an einem pathologischen, medizinisch-psychologischen Erklärungsansatz orientierten. Die Drogenkonsumenten wurden dementsprechend als physisch und psychisch krank definiert; die Akzentuierung der Problemdefinition entsprach medizinischen Kriterien.

Als Folge der pathologischen Grundeinschätzung wurde den Konsumenten die Fähigkeit abgesprochen, ihre Lebensführung als defizitär bzw. krank zu erkennen und entsprechend medizinische bzw. sozialpsychologische (professionelle) Hilfeleistungen nachzufragen. Die medizinisch-sozialpsychologisch angeleitete Problemerkennung lieferte damit gleichzeitig auch die legitimatorische Begründung für das Auftreten advokatorischer Interessenvertreter, die sich ohne Klientenauftrag und entsprechend ihrer professionellen Orientierung den Problemen und Bedürfnissen der Drogenkonsumenten annahmen.

4. Die Konsumenten, die ihren Konsum selbst nicht problematisierten und auch keinen Bedarf an medizinisch-psychologischer Hilfe angemeldet hatten, wurden so zu Klienten definiert, für deren Rehabilitation und Resozialisierung sich eine Vielzahl von Fachleuten als zuständig betrachtete und ihre Handlungskompetenz anbot.

Im Gefolge der umfassend ausgetragenen Kontroversen zwischen den diversen Interessenvertretern um eine Konkretisierung der Problemdefinition wurde das Drogenkonsumverhalten als ein soziales Problem etabliert. In die Problemdefinition gingen dabei sowohl medizinisch-psychologische als auch gesellschaftskritische Begründungszusammenhänge ein (vgl.: 2. Phase des Blumer'schen Verlaufsmodells).

Die von den Problemagenten als äußerst defizitär definierten Lebensverhältnisse der Drogenkonsumenten sowie die angenommene potentielle Behinderung und Gefährdung der übrigen Gesellschaftsmitglieder durch eine Ausweitung des Drogenkonsumverhaltens auf weite Bevölkerungskreise 6, begründeten und rechtfertigten schließlich die sich einstellenden gesetzgeberischen Aktivitäten und mobilisierten die Suche nach Handlungsstrategien. Das bisher relativ konzeptionslose und bisweilen nur punktuelle Vorgehen wurde zunehmend problem- und anwendungsspezifisch strukturiert und organisiert. Das Drogenproblem hatte im Verlauf dieser Entwicklung den Status des Neuen verloren und war zu einem sozialen Problem des Alltags geworden, an dessen Existenz sich die Gesellschaft gewöhnt hatte und auf das sie nunmehr zielgerichtet zu reagieren vermochte (vgl.: 3. Phase bei Blumer).

Die Entwicklung und Planung von Handlungsstrategien zur politisch-administrativen Bearbeitung des Drogenkonsumproblems reflektierten in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung durch

- Zerschlagung des Drogenhandels und der Drogensubkultur,
- Rehabilitation bzw. Resozialisierung von Suchtkranken sowie
- Drogenprävention

auf die Wiederherstellung traditioneller Wertestandards. Mit der zunehmenden Ausdifferenzierung eines Handlungsplans und des anzuwendenden Instrumentariums, der Herausbildung von Konzepten und Handlungsfeldern bestimmter Berufsgruppen (z.B.: Konzeptionierung von Behandlungsmethoden durch Psychologen, Sozialpädagogen etc.) bzw. durch die Organisation und Koordination von Hilfsangeboten wurden die angestrebten Maßnahmen unter dem Einfluß der dominant vertretenen (medizinischen) Interessengruppen immer konkreter. Das offizielle Handeln dokumentierte und institutionalisierte sich schließlich in dem Rahmenplan des Aktionsprogrammes der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs von 1970 (bzw. 1980) (vgl.: 4. Phase bei Blumer).

Schon unmittelbar nach Inkrafttreten des ersten Aktionsprogrammes 1970 entspannte sich zunächst die Lage des Drogenkonsumproblems. Die politisch brisanten Statistiken (Drogentote, Drogenkriminalität) schienen einen ersten Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen zu bestätigen. Trotz nachlassendem politischen Handlungsdruck strebten die sogenannten "Drogenexperten" in politischen, administrativen und wissenschaftlichen Institutionen jedoch weiterhin danach, den Maßnahmenkatalog zur Drogenpolitik auszubauen bzw. weiter zu differenzieren, Zuständigkeitsbereiche (neu) abzugrenzen und die weitestgehend fehlende Nachfrage der Drogenkonsumenten nach sozialen Hilfsleistungsangeboten durch eine Intensivierung der Motivationsarbeit bzw. durch gesetzliche Neuregelungen (z.B. gemäß dem Konzept: Therapie statt Strafe) zu stimulieren. Ein Wiederanstieg der Zuwachsraten der Drogentotenstatistik, der polizeilichen Ermittlungsstatistiken etc. zu Beginn der 80er Jahre verlieh diesem steten Bemühen der "Drogenexperten" um eine weitere Institutionalisierung der Drogenpolitik unmittelbaren Nachdruck.

War bis zur Mitte der 70er Jahre die Definition des Drogenkonsums als ein soziales Problem ausschließlich am Konsum illegaler Drogen orientiert gewesen, so wurde ab Ende der 70er Jahre die Problemdefinition auch auf die legalen Substanzen: Alkohol, Arzneimittel, Nikotin ausgedehnt und entsprechend dieser Umformulierung des sozialen Problems das Handlungsfeld der professionellen Helfer langsam aber sicher erweitert 7, (vgl.: 5. Phase bei Blumer).

Wenn demzufolge heute von Drogenpolitik die Rede ist bzw. das Drogenkonsumverhalten als soziales Problem zu definieren ist, so bezieht sich das Problemfeld nicht nur mehr ausschließlich auf den Konsum illegaler Drogen, sondern die politisch-administrative Bearbeitung bezieht sich inzwischen auch auf die Vermeidung und Beseitigung des Mißbrauchs legaler Drogen.

In neuester Zeit ist nun eine Entwicklung zu beobachten, durch die das Drogenkonsumproblem zu einem Suchtproblem umdefiniert wird, so daß damit auch stoffungebundene Süchte (wie z.B. Ess- und Spielsüchte) in die Definition und Problembearbeitung mit aufgenommen werden können.

2. Die Sozialpolitik des Drogenproblems

2.1. Handlungsstrategien in der Drogenpolitik

Wie zuvor schon erwähnt, reagierte die breite Öffentlichkeit zunächst sehr indifferent auf den primär unter Jugendlichen verbreiteten illegalen Drogenkonsum. Eine zunächst noch sehr spektakulär aufbereitete und häufig die Realität überzeichnende Medienberichterstattung über Drogentote, Dealer, Drogenszene etc. verursachte sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei den politisch Verantwortlichen nicht nur tiefe Betroffenheit über die Lebenssituation der jugendlichen Drogenkonsumenten, sondern weckte auch berufliche und politisch motivierte Handlungsinteressen.

Je nach dem, unter welchen Aspekten das Drogenproblem in der Öffentlichkeit diskutiert wurde, verlagerten sich die Schwerpunkte der Problemlösungsstrategien. Überwog eine 'magische Thematisierungsform', d.h. wurde z.B. der Drogenkonsum Jugendlicher primär auf die 'skrupellosen' und 'geldgierigen' Verführungstechniken von Dealern zurückgeführt, die mit ihren Methoden 'ahnungslose' Jugendliche an die Nadel brachten, so konzentrierten sich die angestrebten Problemlösungsstrategien zum einen auf ein massives repressives Vorgehen gegen Dealer und ihr Angebot an Drogen, zum anderen aber auch auf Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung über die (gesundheitliche) Schädlichkeit des Drogenkonsums. ➤

Stand hingegen das normabweichende, kriminelle und subkulturelle Verhalten der jugendlichen Drogenkonsumenten im Zentrum des Interesses der öffentlichen Diskussion, so wurde den kriminalistisch-juristischen Problemlösungsstrategien der Vorzug gegeben. 10) Neben den aufklärerischen und warnenden Hinweisen zur Gesundheitsgefährdung durch Drogenkonsum wurden die Appelle dagegen auch mit Hinweisen zur Sozialschädlichkeit bzw. zur Beeinträchtigung des Gemeinwohls versehen.

11)

Wurde das Drogenproblem ausschließlich gesundheitspolitisch angegangen, so dominierten in den Problemlösungsvorschlägen therapeutisch-sozialpsychologische Handlungskonzepte, in de-

nen bzw. durch die die Drogenkonsumenten als physisch und psychisch krank definiert wurden. 12,

Da sich in den Auseinandersetzungen um die Ursachen des Drogenkonsums keine der genannten Thematisierungsformen ausschließlich durchsetzen konnte, sondern vielmehr alle Erklärungsansätze die Ausformung einer Drogenpolitik beeinflussten, verfolgt die aktuelle Drogenpolitik, wenngleich auch mit unterschiedlichen Intensitäten, sowohl eine kriminalistisch-juristische, eine medizinisch-sozialtherapeutische als auch eine präventive Handlungsstrategie. 13, Entsprechend der intentionalen Ausrichtung dieser Grundstrategien kann die Zielsetzung drogenpolitischen Handelns auf die folgenden Begriffe gebracht werden: 'Rehabilitation', 'Resozialisierung' sowie 'Prävention'. Da die Drogenkonsumenten demgemäß sowohl als physisch krank und psychisch labil wie auch als kriminell und asozial etikettiert werden, kommen alle drei Handlungsstrategien gleichzeitig zur Anwendung. 14, Obwohl zum Beispiel die Handlungsorientierungen des repressiven Konzeptes mit denen des medizinisch-sozialpsychologischen Programms konflikieren und sich oftmals nicht nur in ihren beabsichtigten Wirkungen aufheben und einer Verschwendung knapper Ressourcen den Weg bereiten, sondern auch zu nicht beabsichtigten, unkalkulierbaren Nebenwirkungen führen, wird bislang an diesem Handlungskonzept festgehalten.

2.2. Zur Genese der Drogenpolitik

Beschränkte sich Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre die sich institutionalisierende Drogenpolitik noch auf die relativ konzeptionslosen und weitestgehend unkoordinierten Maßnahmen staatlicher wie privater Akteure auf kommunaler Ebene (z.B.: Release-Bewegung), so implizierte die Entscheidung des damaligen Bundesgesundheitsministers zur Durchführung eines (ersten) bundesweiten 'Modellförderprogramm für die Behandlung und Beratung Drogengefährdeter und Drogenabhängiger Jugendlicher' Ende 1971 einen allgemeinen Bedarf nach einem annähernd einheitlichen Vorgehen bei der Problembearbeitung, nach Planung, Organisation, Steuerung und Koordination der partiellen Maßnahmen und Kooperation der diversen Handlungsakteure. 16, Da bis zu diesem Zeitpunkt die meisten Aktivitäten gegen den Drogenkonsum von einer Vielzahl öffentlicher und/oder gemeinnütziger Akteure auf kommunaler Ebene getragen wurden, präsentierte sich das Dienstleistungsangebot entsprechend den diversen ideologischen, beruflichen, kustodialen oder auch egoistischen Handlungsorientierungen der (professionellen) Helfer sehr vielschichtig und uneinheitlich. 16, Die Implementierung des (ersten) Modellförderprogramms war dementsprechend daraufhin ausgerichtet, das bisherige planlose nebeneinander und gegeneinander Arbeiten der Akteure durch eine verhältnismäßig einheitliche, der administrativen Bearbeitung und Kontrolle zugänglichen Handlungskonzeption zu ersetzen. 17, Erst durch die Modellförderungsprogramme des Bundes wurde das zunächst ausschließlich am Drogenkonsumverhalten Jugendlicher ausgerichtete sozialpolitische Handeln geplant und strukturiert und schließlich Drogenpolitik als spezieller Politikbereich der Sozialpolitik institutionalisiert.

Unter Einbeziehung der bis zur Implementierung des ersten Modellprogramms gewonnenen Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten wurde mittels finanzieller Anreizprogramme erstmalig eine zeitlich und personell befristete wissenschaftliche Drogenforschung initiiert. 18, Ziel dieser Aktivitäten war es, das drogenpolitische Handeln nicht nur zu systematisieren, sondern auch die politische Handlungsnotwendigkeit zu begründen und legitimatorisch abzustützen. Im Rahmen der

Modellprogramme des Bundes fanden im wesentlichen solche Maßnahmen (finanzielle) Unterstützung, von denen eine anwendungsbezogene Wissensvermittlung angenommen werden könnte. 17) Meist handelte es sich dabei um eine Erprobung der Anwendbarkeit und Erfolgswahrscheinlichkeit medizinisch-sozialpsychologischer Therapiekonzepte. Die Modellprogramme waren damit so konzeptionalisiert, daß das sozialpolitische Handeln primär funktional bezogen wurde auf den (individuell handhabbaren) Krankenstatus des Drogenkonsumenten.

Neben einer an medizinisch-pharmakologischen und sozialpsychologischen bzw. -pädagogischen Erkenntnisinteressen ausgerichteten und im Kontext der Modellförderprogramme initiierten Drogenforschung 20, wurden auch soziologisch angeleitete Erklärungsansätze gefördert. Während allerdings die soziologisch-epidemiologischen Expertisen Eingang in die Drogenpolitik fanden, indem sie das drogenpolitische Handeln auf eine quantitative Grundlage stellten 21, blieben die soziologisch thematisierten Begründungszusammenhänge zur Ursache und Genese des Konsumverhaltens sowie die sich darüber herleitenden Problemlösungsvorschläge ohne Einfluß auf die praktische Ausgestaltung der Drogenpolitik. Dadurch, daß die soziologischen Handlungsvorschläge entweder die Handlungskompetenzen der sozialpolitischen Akteure bei weitem überschritten bzw. so hoch aggregiert und theoretisch-abstrakt formuliert wurden (z.B.: Änderung des gesellschaftlichen Normen- und Wertesystems), blieb die Soziologie der Drogenpolitik eine Anwendungsorientierung schuldig (vgl.: I.2.1.). 22)

Begünstigt durch ein hohes gesellschaftliches Ansehen der medizinischen Wissenschaften und Berufsverbände, der Anwendungsbezogenheit der von ihnen vorgelegten Problemlösungsvorschläge, der sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung der Sucht als einer behandlungsbedürftigen Krankheit sowie durch die konzeptionelle Ausrichtung der Modellprogramme auf die Entwicklung und Bewertung von Therapiemodellen, entwickelte die medizinisch-psychotherapeutische Handlungsstrategie innerhalb der Drogenpolitik eine relative Dominanz gegenüber den Problemlösungsvorschlägen anderer Disziplinen.

Mit der Etikettierung des Drogenkonsumenten als physisch krank und psychisch depriviert verschafften sich die sozialpolitischen Akteure gleichzeitig die Legitimation für eine Behandlung auch solcher Konsumenten, die sich mangels Krankheitseinsicht als therapieunwillig erwiesen und sich dem therapeutischen Bemühen um Rehabilitation und Resozialisierung verschlossen. Durch die Legitimation sogenannter (medizinisch-psychologisch vorgebildeter) 'Drogenexperten', die gestützt auf ihr Fachwissen vorgaben, im Sinne und im Interesse der Drogenkonsumenten zu sprechen, war die wichtigste Voraussetzung einer primär an einem medizinisch-sozialtherapeutischen Konzept orientierten Drogenpolitik erfüllt: die Rekrutierung von Klienten oder anders ausgedrückt: die Sicherung der Nachfrage nach medizinisch-sozialtherapeutischen Dienstleistungen bzw. die Sicherung der Bestandserhaltungsinteressen der die sozialen Dienstleistungen produzierenden Institutionen.

Da noch zu Beginn des Drogenkonsums dieser Ausdruck eines gesellschaftlichen Protestverhaltens war und die meist jugendlichen Aussteiger weder zu einer Resozialisierung bereit waren, noch die Notwendigkeit einer Rehabilitation einsahen, war die 'Entmündigung' des Konsumenten durch advokatorische Interessenvertreter eine unabdingbare Voraussetzung zur Existenzsicherung einer den psycho-sozialen Aspekt thematisierenden Drogenpolitik. Das Konzept des Modellprogramms begünstigte dabei die Herausbildung einer derartigen Handlungsorientierung in der Drogenpolitik.

Über die kustodiale Ausrichtung des Handelns hinausgehend, war und ist die Drogenpolitik stets auch an einer repressiven Zurückdrängung des Drogenkonsums orientiert gewesen. Im Kontext der kriminalpolizeilichen-juristischen Handlungsorientierungen werden die Drogenkonsumenten für ihr abweichendes Verhalten voll zur Verantwortung gezogen und kriminalisiert. 23) Die unterschiedlichen beruflichen Orientierungen und Handlungsmuster der medizinisch-therapeutischen und repressiven Problemlösungsstrategien stehen damit in einem grundsätzlichen Widerspruch zueinander: einerseits werden die Drogenkonsumenten in die Position des Kranken gedrängt, andererseits als Kriminelle stigmatisiert. Die Unvereinbar-

keit beider Handlungsorientierungen stellt dabei nicht nur die Logik der Drogenpolitik in Frage, sondern ist häufig Ursache dafür, daß beabsichtigte Wirkungseffekte sich in ihr Gegenteil verkehren. 24)

2.3. Zur Organisation der Drogenpolitik

Neben diesen, den Problemlösungsstrategien der Drogenpolitik immanenten Konflikten wird drogenpolitisches Handeln auch noch durch die organisatorische Gestaltung der administrativen Problembearbeitung verkompliziert. Wie bereits erwähnt, war zu Beginn der Institutionalisierung des Drogenproblems die politisch-administrative Bearbeitung des sozialen Problems nur unzureichend strukturiert. Entsprechend präsentierte sich die Drogenpolitik infolge des Mangels an Zusammenarbeit und Maßnahmenabstimmung zwischen den Institutionen, einer ungenauen Abgrenzung von Zuständigkeiten und Autoritätsstrukturen sowie wegen der divergierenden professionellen Handlungsparameter sehr uneinheitlich und wenig konsistent. Dies änderte sich erst im Gefolge der Implementierung der Modellprogramme, deren zielsetzungsgemäße Durchführung einen organisatorischen Aufbau in der Drogenpolitik erforderlich machte. ²⁶ Dabei bediente man sich zunächst zur Durchführung der Maßnahmen bereits bestehender und im Rahmen sozialpolitischen Handelns erprobter und etablierter Organisationsstrukturen.

Selbst wenn es auch nicht das vordringliche Ziel der Modellprogramme war, eine Organisation in der Drogenpolitik zu institutionalisieren, so trugen die Programme wesentlich dazu bei, Handlungsspielräume und -kompetenzen über die Formulierung von Anforderungsprofilen aufeinander abzustimmen und zu fixieren (z.B.: Therapieketten-Modell), Implementationswiderstände zu lokalisieren und zu einer Reform anzuregen etc. Die Organisation in der Drogenpolitik, wie sie sich gegenwärtig darstellt, hat sich somit aus der Initiierung und Implementierung der Modellprogramme des Bundes entwickelt und sich im Kontext der Sozialpolitik etabliert.

Wenngleich die gesamte Suchtproblematik im alltäglichen Sprachgebrauch immer noch unter den Begriff der Drogenpolitik zusammengefaßt wird, so verbirgt sich aktuell dahinter eine Ausweitung der Zielgruppe, die nunmehr neben den illegalen Drogenkonsumenten auch Alkohol- und Medikamentenabhängigen sowie neuesterdinge auch Eß- und Spielsüchte umfaßt. Entsprechend dieser neuen Breite des Handlungsfeldes wird die

aktuelle Drogenpolitik von einer kaum noch zu überblickenden Anzahl verschiedener Akteure getragen. Obwohl die am Prozeß der Planung, Formulierung und Implementierung beteiligten öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Organisationen hinsichtlich ihrer Binnenstrukturen (Intraorganisationsbeziehungen) und primären Handlungsmotivationen sehr heterogen sind, stehen sie zur Aufgabenbewältigung untereinander in netzwerkartiger Beziehung und tragen so in irgend einer Art und Weise zur Problembearbeitung bei. Die Inter- und Intraorganisationsbeziehungen zwischen den diversen Akteuren scheinen dabei nicht zentral, d.h. von einem einzigen Akteur zweckorientiert gesteuert, sondern die Abstimmung und Steuerung der Maßnahmen dürfte im Rahmen von formal organisierten Beziehungsnetzwerken erfolgen. Innerhalb der Organisation in der Drogenpolitik scheint darüber hinaus den persönlichen Beziehungsverflechtungen zwischen den Handlungsakteuren bei der Koordination der partiellen Aktivitäten erhebliche Bedeutung zuzukommen.

Wie auch in anderen Teilbereichen von Sozialpolitik, so wurden auch die Handlungs- und Wirkungszusammenhänge der Organisation in der Drogenpolitik wenig thematisiert. Außer den Evaluationsversuchen von Therapiekonzepten im Rahmen der Modellprogramme bzw. von Präventivmaßnahmen wurde das drogenpolitische Handeln bisher keiner weiteren Kontrolle unterzogen. ²⁶⁾ Dies läßt sich unter anderem darauf zurückführen, daß sich die Datenbeschaffung in einem derartig komplexen Handlungsfeld als sehr schwierig erweist und auch die Zieldefinitionen von Drogenpolitik so wenig konkret sind, daß sich Programmerfolge nur ungenau bestimmen lassen. Darüber hinaus erscheinen die Beziehungen zwischen den Handlungsakteuren so vermascht, daß bei der notwendigen Reduktion der Analyse der Drogenpolitik auf bestimmte Strukturelemente die netzwerkartig organisierten Handlungs- und Wirkungszusammenhänge nur ausschnittsweise hinsichtlich deren Zweckdienlichkeit bei der Umsetzung von Problemlösungsstrategien ausgeleuchtet werden können.

Wenn nachfolgend eine Organisations- und Wirkungsanalyse der Drogenpolitik angestrebt wird, so reduziert sich diese auf die Betrachtung der Trägerstrukturen, der rechtlichen und

finanzpolitischen Rahmenbedingungen, der Kommunikations- und Koordinationsstrukturen sowie auf die Personalausstattung und den sich daraus insgesamt ergebenden Konsequenzen für Akteure, Leistungsadressaten und Gesellschaft.

III. Das organisatorische Makrosystem in der Drogenpolitik

Vorbemerkung

Die öffentliche Thematisierung des Drogen- und Rauschmittelkonsums sowie dessen Definition als ein soziales Problem hat dazu geführt, daß sich im Laufe der Problemetablierung eine Vielzahl von zum Teil sehr heterogenen Organisationen der sozialpolitischen Bearbeitung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs angenommen haben. Dabei verfolgen die einzelnen Organisationen unterschiedliche, organisationspezifische Zielsetzungen, Während sich die politisch-administrativen Organisationen um eine Beseitigung des öffentlichen Problemdrucks bemühen, die therapeutischen Einrichtungen eine Rehabilitation der Klienten anstreben, sind Polizei und Zoll auf eine repressive Zurückdrängung des illegalen Drogenkonsums konzentriert. Die Organisationen unterscheiden sich dabei sowohl in ihren Binnenstrukturen als auch hinsichtlich ihrer spezifischen Umwelten und ihrer sektoralen Eingliederung. Allen im organisatorischen Makrosystem zusammengefaßten Organisationen ist jedoch gemeinsam, daß sie direkt oder indirekt und mehr oder weniger planmäßig an der Eindämmung und Verhütung des Drogenkonsums mitwirken.

Als Folge der großen Anzahl und Heterogenität der Akteure sowie eines sehr eng vermaschten Netzes von Interorganisationsbeziehungen sind die Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzabgrenzungen innerhalb des Systems nicht klar ersichtlich. Angesichts der verfassungsrechtlich bedingten vertikalen Differenzierung des Problembearbeitungsprozesses (föderativer Verwaltungsaufbau) und der daraus resultierenden strikten Trennung und Dezentralisierung von Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen zwischen Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie hinsichtlich einer rechtlich-organisatorisch bedingten horizontalen Differenzierung der Problembearbeitung (Problemsegmentierung) erweist sich das Zusammenwirken der diversen Organisationen als sehr kompliziert und wenig übersichtlich.

Die sich anschließende Analyse des Interorganisationsgeflechtes innerhalb des Makrosystems der Drogenpolitik kann und soll an folgenden beschreibenden und klassifizierenden Merkmalen festgemacht werden:

- Bestimmung der an der Drogenpolitik beteiligten behördlichen Einrichtungen, privaten und gemeinnützigen Organisationen und Verbänden; Feststellung von Homogenität/Heterogenität der Ziel- und Handlungsinteressen zwischen den Akteuren,

- Regelung der Ressourcenallokation (Finanzmittel, Personal) innerhalb des Makrosystems,
- Feststellung von (formalen und informalen) Kommunikations- und Kooperationsbereichen innerhalb des Systems,
- Bestimmung von Richtlinien- und Weisungskompetenzen innerhalb des Interorganisationsgeflechtes,
- Feststellung der Integration der Klientel innerhalb des Makrosystems.

Die Beschreibung dieser Merkmalskategorien anhand konkreter Handlungsprogramme zur Drogenpolitik (hier insbesondere die Modellprogramme des Bundes und der Länder sowie die beiden Aktionsprogramme des Bundes und der Länder zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs) liefert dabei nicht nur bloß die für die Organisationsanalyse des Makrosystems relevanten Informationen, sondern vermittelt gleichzeitig damit einen Ausschnitt aktueller Drogenpolitik.

1. Drogenpolitik innerhalb der öffentlichen Sozialadministration - Regelung und Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten

1.1. Aufgaben und Zuständigkeiten des Bundes

1.1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen und behördliche Dezentralisation

Durch die im Grundgesetz festgelegte ausschließliche und konkurrierende Gesetzgebungskompetenz (Art. 70-74 GG) wird das Verhältnis zwischen Bund und Ländern hinsichtlich deren jeweiliger Gesetzgebungs- und Handlungskompetenz geregelt; die verfassungsrechtliche Abgrenzung der Zuständigkeiten bestimmt in diesem Sinne auch die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern bei der politisch-administrativen Bearbeitung des Drogenproblems.

Entsprechend den in Art. 71, 73 GG aufgeführten Gegenstandsbereichen der ausschließlichen Gesetzgebung 1, kommt dem Bund im Rahmen der Drogenpolitik nur in den Bereichen originäre Gesetzgebungskompetenz zu, wo durch den Drogenmißbrauch gegen die bestehenden Zollgesetze verstoßen wird, der Schutz der öffentlichen Sicherheit vor Übergriffen der Rauschmittelkriminalität ein polizeiliches Zusammenwirken von Bund und Ländern erforderlich macht und wo zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs eine internationale Verbrechensbekämpfung angezeigt scheint. Den Bestimmungen der konkurrierenden Gesetzgebung zufolge (Art. 72, 74, GG) 2, macht der Bund im Rahmen der Drogenpolitik von seinem Gesetzgebungsrecht nur insoweit Gebrauch, wie das Bedürfnis nach einer bundeseinheitlichen Regelung des Umgangs und des Verkehrs mit Arznei- und Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) besteht bzw. wie eine allgemein verbindliche Bestimmung der Strafnormen bei Verstößen gegen das BtMG notwendig erscheint; insoweit die Drogenproblematik auch den Gegenstandsbereich öffentlicher Fürsorgebestimmungen betrifft, verfügt der Bund auch hier über die Gesetzgebungskompetenz.

Diesen verfassungsrechtlichen Bestimmungen zufolge ist der

Bund bei der Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs nur bedingt zuständig. Seiner originären Zuständigkeit entsprechend beschränkt sich seine Handlungskompetenz auf die normierende und kontrollierende, repressive und sanktionierende Bekämpfung des illegalen Drogenmißbrauchs sowie auf die internationale Zusammenarbeit in diesem Bereich. 3, Da der Bund die Aufgabenerledigung im Bereich der Gesundheitsfür- und -vorsorge der Zuständigkeit der Länder überläßt, d.h. von seinem Recht bei der konkurrierenden Gesetzgebung keinen Gebrauch macht, zählen auch Maßnahmen zur Drogenprävention und -rehabilitation de jure nicht zu seinen Handlungspflichten.

Die Komplexität des Drogenproblems, durch dessen bipolare Ausprägung (krimineller und medizinischer Aspekt) sämtliche Lebens- bzw. Politikbereiche in irgend einer Art und Weise betroffen sind, macht eine umfassende ressortübergreifene Problembearbeitung notwendig. Das Ausmaß des Problembearbeitungsprozesses findet dabei auf Bundesebene seinen Ausdruck unter anderem darin, daß sich von den insgesamt fünfzehn Bundesministerien allein elf Ministerien mit den ihnen zugeordneten Bundesoberbehörden im Bereich ihrer ressortspezifischen Aufgabenstellungen an der Problembearbeitung beteiligen. 4, Dabei wirken die einzelnen Ministerien jedoch nur insoweit an der Problembearbeitung mit, wie durch bestimmte Problemsegmente die jeweilige Aufgaben- und Handlungskompetenz eines Ministeriums berührt wird. Nachfolgend sind alle die Ministerien aufgeführt, die sich an der Bearbeitung des Drogenproblems beteiligen:

- Bundesministerium des Inneren mit den Bundesoberbehörden Bundeskriminalamt und Bundesgrenzschutz; Aufgabenschwerpunkt: Repressive Drogenbekämpfung, Koordination der Landespolizeibehörden und der Bundespolizeibehörden (BKA, BGS) zur Verhinderung einer Beeinträchtigung der öffentlichen Sicherheit durch die Rauschgiftkriminalität.
- Bundesministerium der Justiz; Aufgabenschwerpunkt: Schaffung und Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen zur strafrechtlichen Normierung und Sanktionierung von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Überprüfung der Rechtsformigkeit von Gesetzentwürfen und Verord-

nungsvorschriften im Rahmen der Drogenpolitik.

- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit den Bundesoberbehörden: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesgesundheitsamt (BGA) sowie dem Deutschen Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI); Aufgabenschwerpunkte: Rahmengesetzgebung für Prävention und Rehabilitation in der Drogenpolitik im Aufgabenbereich von Gesundheitsfür- und -vorsorge.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit dem Bundesversicherungsamt als Bundesoberbehörde; Aufgabenschwerpunkte: Bearbeitung versicherungs- und sozialrechtlicher Probleme im Zusammenhang der medizinischen und beruflichen Rehabilitation Suchtkranker.
- Bundesministerium für Forschung und Technologie, Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft; Aufgabenschwerpunkte: Initiierung und finanzielle Förderung von wissenschaftlichen Projekten (pharmakologische Drogenforschung) sowie Organisation und Durchführung spezieller Fachtagungen etc., Fort- und Weiterbildung von Fachkräften im Drogensektor.
- Auswärtiges Amt; Aufgabenschwerpunkte: Internationale Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung des illegalen Drogenmißbrauchs, Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit den Staatsregierungen anderer Länder, insbesondere den Drogenherkunfts- und Transitländern, (internationale Drogen-Ver einbarungen).
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit; Aufgabenschwerpunkte: Planung und Durchführung von Entwicklungshilfeprojekten mit Drogenanbauländern.
- Bundesministerium für Wirtschaft; Aufgabenschwerpunkte: Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie und der Genußmittelindustrie (Alkohol, Zigaretten) zur Eindämmung des (legalen) Drogenmißbrauchs.
- Bundesverteidigungsministerium; Aufgabenschwerpunkte: Finanzierung und Vergabe von Drogenforschungsprojekten (z.B. zur Therapieforschung) zur Verhinderung und Beseitigung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs, speziell im Zuständigkeitsbereich der Bundeswehr.

1.1.2. Das Referat "Rauschmittelmißbrauch und Psychohygiene" beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

Wenngleich sich auch die rechtmäßige Zuständigkeit des Bundes in der Drogenpolitik de jure darauf beschränkt, gesetzliche Rahmenregelungen zu schaffen, nach denen der Umgang mit vorwiegend illegalen Drogen normiert bzw. Verstöße dagegen mit Sanktionen belegt werden, so ist doch die Bearbeitung des Drogenproblems auf Bundesebene so angelegt, daß über den rahmengebenden Bereich hinaus der Bund die Möglichkeit erhält, auf die detaillierte Ausgestaltung der Drogenpolitik einzuwirken. a. Dabei kommt dem Referat 'Rauschmittelmißbrauch und Psychohygiene' beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) eine bedeutende Schlüsselfunktion zu. Diese resultiert zum einen daraus, daß von allen beteiligten Bundesressorts allein beim BMJFG ein Referat eigens dazu abgestellt ist, sich mit der Problematik des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs auseinanderzusetzen. Zum anderen resultiert die herausragende Position des Referats beim BMJFG aus der Tatsache, daß hier die Informationen über Maßnahmen und Entscheidungen sämtlicher Bundesressorts zur Problembearbeitung zusammenfließen und aufeinander abgestimmt werden. Dabei übernimmt das BMJFG nach außen die Dokumentation der 'Teilpolitiken' der Bundesressorts und repräsentiert diese zusammenfassend als Drogenpolitik des Bundes.

Darüber hinaus initiiert und organisiert das Referat beim BMJFG in verschiedenen Arbeitskreisen einen Informationsaustausch zur Drogenpolitik, an dem der Bund, die Länderregierungen, die Dachverbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie die auf Bundesebene organisierten Sozialversicherungsträger beteiligt sind. Von zentraler Bedeutung ist dabei der dem Referat 'Rauschmittelmißbrauch' unmittelbar zuarbeitende 'Interministerielle Arbeitskreis' und der 'Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder'.

Im 'Interministeriellen Arbeitskreis' sind all jene Bundesressorts zusammengeschlossen, die sich in irgend einer Form an der Bearbeitung des Drogenproblems beteiligen (vgl.:III.

1.1.1.)). Der Arbeitskreis kommt je nach Bedarf unter Federführung des BMJFG zusammen und arbeitet auf Referentenebene. Hauptzweck des 'Interministeriellen Arbeitskreises' ist die (horizontale) Koordination der Politiksegmente der Bundesressorts. Die Abstimmung der Maßnahmen erfolgt ausschließlich über Absprachen und kommt im Ergebnis in (unverbindlichen) Empfehlungsvereinbarungen zum Ausdruck.

Während sich die Mitglieder des 'Interministeriellen Arbeitskreises' auf die Informationssammlung und -verarbeitung beschränken, gehen die weitaus meisten Initiativen und Programmvorschläge zur Drogenpolitik auf die beratende und planerische Arbeit der Mitglieder im 'Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder' zurück. Hervorgegangen aus der sogenannten 'Kleinen Expertenkommission' von 1968/69, die auch schon damals unter Federführung des BMJFG arbeitete und maßgeblich an der Formulierung des 'Aktionsprogramms der Bundesregierung' von 1970 beteiligt war, wurde 1971 im Zusammenhang mit der Implementation des ersten Modellprogramms des Bundes (vgl.: III.4.1.2.2.) auf Initiative des BMJFG der 'Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder' gegründet. Dieser kommt seitdem regelmäßig (in vierteljährlichen Abständen) und unter Vorsitz des BMJFG zur Beratung, Planung und Abstimmung von Maßnahmen zur Drogenpolitik zusammen. Wenngleich der 'Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten' selbst auch keine Weisungsrechte geltend machen kann, so gewinnt er über die Struktur der Zusammensetzung seiner Mitglieder an politischer Handlungskompetenz (vgl.: III.4.1.1.)). Neben den Mitgliedern des 'Interministeriellen Arbeitskreises' gehören ihm an: die für Gesundheitserziehung und Drogenprävention zuständige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Vertreter des Bundesgesundheitsamtes, des Bundeskriminalamtes, die Drogenbeauftragten als Fachreferenten der Gesundheitsressorts der Länder, die zuständigen Fachreferenten der Freien Wohlfahrtspflege sowie Vertreter der Bundesverbände der Sozialversicherungsträger. Mit der Institutionalisierung des Arbeitskreises als einer gemeinsamen Kommunikationszentrale, in der sowohl die auf Bundesebene beteiligten Akteure als auch die auf Länderebene jeweils zuständigen Handlungsträger zusammengeschlossen sind,

wird die horizontale und vertikale Verknüpfung beider Politikebenen erreicht und eine Koordination der Landespolitiken mit der Rahmengesetzgebung des Bundes möglich. Damit aber wirkt der 'Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten' nicht nur in Richtung auf eine Vereinheitlichung der Problemwahrnehmung, sondern durch die gemeinsam durchgeführte Planung von Dienstleistungsproduktion und Handlungsstrategien wird die Drogenpolitik insgesamt vereinheitlicht.

Auch in den anderen durch das BMJFG initiierten Arbeitsgruppen, z.B. dem 1984 gegründeten Informationskreis Sucht (IKS), in dem hauptsächlich die Sozialversicherungsträger zur Kommunikation und Koordination zusammengeschlossen sind, werden aktuelle Problem - oder Aufgabenstellungen insbesondere zur Planung und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen fach- bzw. ressortübergreifend bearbeitet, entscheidungsrelevante Informationen zusammengetragen und zukünftige Handlungsstrategien von den Beteiligten geplant und abgesprochen.

Indem auf Bundesebene sämtliche drogenpolitisch relevanten Informationen und Entscheidungen zusammenfließen, avanciert der Bund bzw. das genannte Referat beim BMJFG als Vermittler zwischen den verschiedenen Trägerorganisationen zu einer Informationssammel- und -verarbeitungszentrale. Die Ergebnisse des Informationsaustausches beschränken sich jedoch auf die Dokumentation von Erfahrungen mit den bisherigen Handlungsstrategien und auf die Formulierung von Programm-vorschlägen bzw. Handlungsempfehlungen. Auch die Aktionsprogramme der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen - und Rauschmittelmißbrauchs von 1970 und 1980 sind in diesem Sinne zu interpretieren. Mit beiden Aktionsprogrammen formulierte der Bund in Zusammenarbeit mit den Beteiligten auf Bundes- und Länderebene allgemeine nicht operationalisierte Zielvorstellungen zur Drogenpolitik. Dabei liegt es im Ermessen der Beteiligten, die Programmvorschläge aufzugreifen und zur konkreten Ausführung zu bringen. Der Bund bzw. das BMJFG kann aufgrund seiner Amtsautorität die Länder nicht auf eine bestimmte Drogenpolitik verpflichten, da das BMJFG gegenüber den Ländern und den nicht-behördlichen Trägern der Drogenpolitik über keinerlei Weisungsrechte verfügt.

1.1.3. Zur Finanzierung der Drogenpolitik durch die öffentliche Hand

Neben einer Informationsbeschaffungs- und -vermittlungsfunktion übernimmt der Bund auch finanzielle Aufgaben im Rahmen der Bekämpfung des Rauschmittelmissbrauchs. Dabei kommt dem BMJFG auch unter finanzpolitischen Gesichtspunkten eine Schlüsselfunktion zu. Im Gegensatz zu den anderen, ebenfalls mit der Drogenproblematik befaßten Bundesressorts sind im Etat des BMJFG ausdrücklich Finanzmittel für die (nicht repressive) Bearbeitung des Drogenproblems vorgesehen. „, Diese sind jedoch nicht durchgehend als Ausgabenblock im Haushaltsplan ausgewiesen, sondern die für die Drogenbekämpfung bereitgestellten Mittel sind in den Ausgabepositionen für die verschiedenen Aufgabenbereiche des BMJFG mit enthalten (z.B.: in den Finanzmittelzuweisungen an die durch das BMJFG finanzierten Bundesbehörden BZGA, BGA, DIMDI), so daß eine detaillierte Aufschlüsselung der insgesamt vom BMJFG eingesetzten Finanzmittel i.d.R. nicht möglich ist. „,

Die vom Bund bzw. vom BMJFG für die Suchtbekämpfung zur Verfügung gestellten Haushaltsmittel werden vorwiegend für solche Maßnahmen und Einrichtungen verwendet, deren Initiierung und Durchführung ohne die finanzielle Unterstützung durch den Bund ansonsten unterbleiben oder sich zeitlich verzögern würden, da die Kosten der Maßnahmen die Trägereinrichtungen zu stark belasten. Neben konkreten anwendungsorientierten Modell- und Forschungsprogrammen finanziert und unterstützt das BMJFG die Arbeit bestimmter Einrichtungen wie die der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), einem Dachverband der Freien Wohlfahrtspflege, durch regelmäßige finanzielle Zuwendungen. Einrichtungen und Maßnahmen von Selbsthilfeorganisationen werden durch das BMJFG nur indirekt - über die DHS - finanziell unterstützt. „,

Indem das BMJFG z.B. im Bereich der Suchtprävention Aufträge an die BZGA zur Entwicklung und Durchführung von Präventionskonzepten vergibt, Projekte zur wissenschaftlichen Sucht- und Drogenforschung finanziell unterstützt bzw. in Auftrag gibt, (z.B.: wissenschaftliche Begleitforschung der Modellprogramme des Bundes und der Länder durch das Max-

Planck-Institut für Psychiatrie) oder aber für die Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Rehabilitation/Resozialisierung zweckgebundene Finanzmittel in Form von Anreizprogrammen bereitstellt, übernimmt der Bund als eine Art 'S~~er~~viceleistung' originäre Aufgaben der Länder bei der Problembearbeitung. Damit trägt er sowohl zur finanziellen Entlastung der Länder als auch zur Implementation einer Infrastruktur bei, die einer einheitlichen politisch-administrativen Bearbeitung des Drogenproblems den Weg bereitet. In diesem Zusammenhang bleibt darauf hinzuweisen, daß nach Art 30. GG die einzelnen Bundesländer zur (selbständigen) Ausübung der staatlichen Befugnisse sowie zur Erfüllung der staatlichen Aufgaben verpflichtet sind. Bezogen auf die Drogenpolitik bedeutet dies, daß der Bund nicht unmittelbar Maßnahmen der Länder initiieren und finanzieren kann. Seine Finanzierungskompetenz erstreckt sich lediglich auf Maßnahmen mit Modellcharakter. Diese zeichnen sich insbesondere dadurch aus, daß sie in ihrer konzeptionellen Ausgestaltung neue Erkenntnisse für den Bund erwarten lassen müssen, die dieser zur Erledigung seiner Gesetzgebungs-, Durchführungs- und Verwaltungsaufgaben nutzen kann (vgl.: Anhang 7).

Im Vorgriff auf die Ausführungen zu den Modellprogrammen (vgl.: III.4.1.2.) kann an dieser Stelle erwähnt werden, daß der Bund insbesondere über die Finanzierung derartiger Modellmaßnahmen innovativ und detaillierend auf die Ausgestaltung der Drogenpolitik einwirkt und dabei seinen Einfluß auch über die fehlenden Weisungsbefugnisse bzw. über seinen verfassungsrechtlich begrenzten Zuständigkeitsbereich hinaus geltend macht. ↗, Dies um so mehr, als die Verwaltung und Verteilung der für die Suchtbekämpfung bereitgestellten Haushaltsmittel zu den Aufgaben des Referates 'Rauschmittelmißbrauch und Psychohygiene' beim BMJFG gehört, d.h. zu dem Referat, bei dem - wie oben aufgeführt - sämtliche Informationen zur Drogenpolitik zusammenlaufen. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Aufgaben des Referates gehen dabei jedoch weit über die Aufgaben einer finanztechnischen Abwicklung von Bundesförderungen hinaus, da das Referat über einen relativ großen Ermessensspielraum bei der Verteilung und Verwaltung der Gelder verfügt. Es prüft nicht nur Anträge der Länder, der Wohlfahrtsverbände und der Forschungs-

institutionen auf deren Förderungswürdigkeit, sondern es wählt zwischen den Projektanträgen diejenigen aus, die seinen präferierten Handlungsorientierungen am ehesten entsprechen (wie z.B. die bevorzugte Förderung von verhaltenstheoretisch/-therapeutisch orientierten Projekten (Anpassung) vor sozialpsychologisch (gesellschaftskritisch) ausgerichteten Projektanträgen). Die dabei jedesmal zugrunde gelegten Entscheidungskriterien werden jedoch nicht offenkundig, da das Referat seine Entscheidungsfindung nur gegenüber dem BMJFG zu verantworten hat. Mit der Projektbewilligung kommt dem Referat auch das Recht der Projektkontrolle zu; indem es die von den geförderten Einrichtungen vorzulegenden Zwischen- und Endberichte auf die Erfüllung von zuvor nicht immer eindeutig festund offengelegten Kriterien prüft, liegt es dabei in seinem Ermessen, ob eine Maßnahme bzw. eine Einrichtung in der Förderung verbleibt oder deren Finanzzuweisungen gekürzt bzw. gestrichen werden.¹⁰

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß der Bund trotz seiner de jure begrenzten Zuständigkeit seine Handlungs- und Entscheidungskompetenz de facto erheblich ausweitet, indem er für sämtliche sonstige Träger der Drogenpolitik Serviceleistungen in den Bereichen der Information (Kommunikation, Dokumentation, Forschung), der Prävention (Bereitstellung und Durchführung von Präventionskonzepten) sowie der Finanzierung (Innovation durch Anreizprogramme) bereitstellt. Indem der Bund die Finanzierung von Einrichtungen und Programmen unter bestimmten Auflagen (z.B. Mindestkriterien) für einen begrenzten Zeitraum anleitet, verschafft er sich die Möglichkeit einer strukturierenden Einflußnahme auf die Art der Problembearbeitung. Insoweit es ihm dadurch gelingt, der durch den föderativen Staatsaufbau bedingten Trennung der Zuständigkeitsbereiche von Bund und Ländern entgegenzuwirken, wird es ihm darüber auch möglich, über die Länder auf die Ausgestaltung der Drogenpolitik in den (rechtlich selbständigen) Gemeinden gestaltend einzuwirken und einer Vereinheitlichung der Drogenpolitik Vor Schub zu leisten. Obwohl sich die Bearbeitung des Drogenproblems auf Bundesebene auf die Geschäftsbereiche verschiedener Bundesressorts

verteilt (Problemsegmentierung), avancieren die 'Teilpolitiken' der jeweiligen Ressorts und die der Länder unter dem Einfluß des Referates 'Rauschmittelmißbrauch und Psychohygiene' beim BMJFG zu 'der Drogenpolitik des Bundes'. Mit der Repräsentation des Konglomerats der Drogenpolitik des Bundes und der Länder und der Erledigung der diversen Aufgaben zur Informationsbeschaffung und -vermittlung bzw. zur Finanzierung übernimmt und dokumentiert das Referat beim BMJFG einen großen Teil der sozialen Verantwortung des Bundes in der Drogenpolitik.

1.2. Die Drogenpolitik in den Bundesländern

1.2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen und Nutzung von Handlungskompetenzen

Entsprechend der zuvor aufgeführten, verfassungsrechtlich begründeten Zuständigkeitenregelung zwischen Bund und Ländern sind den Bundesländern neben anderen staatswichtigen Aufgaben u.a. die großen Bereiche des Gesundheits-, Erziehungs- und Polizeiwesens sowie des Strafvollzugs zur gesetzgeberischen und organisatorischen Gestaltung übertragen. In Anbetracht der Tatsache, daß der Bund im Gegensatz zu den Ländern über keinen eigenen organisatorischen Unterbau zur Implementation von Bundesgesetzen und -programmen verfügt, obliegt den Ländern, über die eigene Gesetzgebungstätigkeit hinaus, auch die Ausführung von Bundesgesetzen. Da jedes Bundesland als Implementationsträger von sowohl Bundes- als auch Landesgesetzen und -programmen über eine eigene Organisationshoheit verfügt, werden gleiche Problem- und Aufgabenstellungen zwischen den Ländern häufig sachlich und organisatorisch recht unterschiedlich gehandhabt. Gegenüber den Kommunen verfügen die Länder über keine Weisungsrechte (Art. 28,2 GG).

Diese skizzenhaften und sehr allgemein gehaltenen Feststellungen zur Gesetzgebungs- und Handlungskompetenz der Bundesländer mögen hier zur Begründung deren weitgehender Zuständigkeiten bei der politisch-administrativen Bearbeitung des Drogenproblems genügen. Drogenpolitik ist Länderpolitik! Ein Bezug zur Drogenpolitik des Bundes ergibt sich dabei nur insoweit, wie die bundesgesetzlichen Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) die rechtlichen Rahmenvorschriften für die Länder bilden. Innerhalb dieser Rahmenregelung bleibt es weitestgehend den Ländern selbst überlassen, ob und wie sie sich unter Berücksichtigung der Ausprägung landespolitischer Problemaspekte (Ausprägung des Drogenproblems, politischer Handlungsdruck, Möglichkeiten und Bedingungen der Gestaltung der landespolitisch-administrativen Problembearbeitung) an der bundesweiten Problembearbeitung beteiligen.

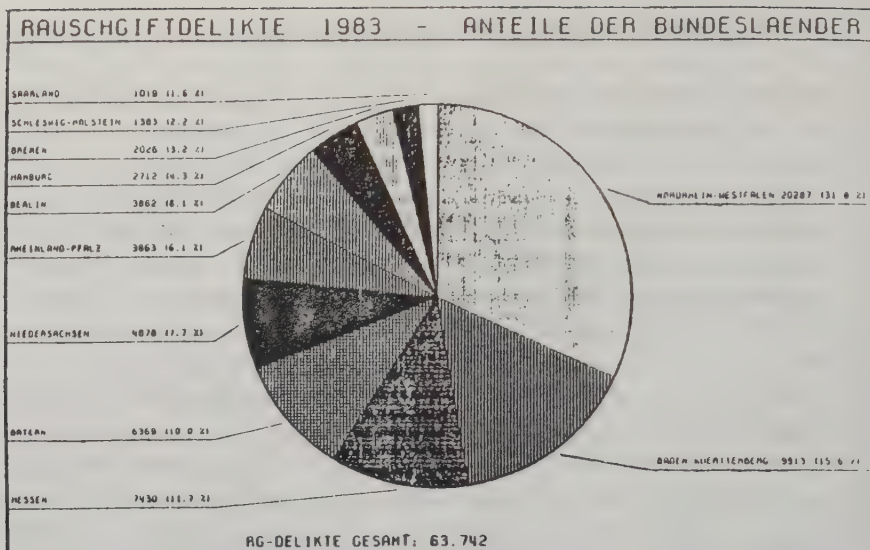


Abb.: 3

Quelle: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1985, S.62.

Angesichts dessen, daß sich das Drogenproblem in den einzelnen Bundesländern relativ unterschiedlich darstellt ¹¹, (vgl.: Abb. 3), drängt sich zunächst die Vermutung auf, daß entsprechend der unterschiedlichen Problembelastung auch die Art und Intensität der Problembearbeitung in den verschiedenen Bundesländern differiert bzw. die Länder in unterschiedlicher Weise zur Beseitigung des Drogenmißbrauches beitragen. Eine Gegenüberstellung aller Landesdrogenprogramme ¹² zeigt jedoch, daß sich die einzelnen Bundesländer weder hinsichtlich ihrer jeweiligen Zielsetzungen und den bislang durchgeführten Maßnahmen noch hinsichtlich der geplanten, zukünftigen Handlungsstrategien wesentlich voneinander unterscheiden. Obwohl die Länder durch die Suchtproblematik unterschiedlich belastet sind und sich die Erscheinungsformen des Drogenproblems in den Ländern unterschiedlich darstellen, reagieren die Länder darauf nicht mit landesspezifischen Problemlösungsstrategien. Durch einen Vergleich der Landesdrogenprogramme mit den beiden Aktionsprogrammen des Bundes zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs wird vielmehr deutlich, daß die Länder die allgemein gehaltenen Handlungsempfehlungen und Programmvorschlüsse des Bundes nahezu vollständig in ihre Handlungsprogramme überneh-

men. Auch bei der anwendungsorientierten Ausgestaltung des Maßnahmenkatalogs des Bundesprogrammes werden die einzelnen Länder selbst nur wenig aktiv bzw. innovativ tätig; statt dessen bedienen sie sich weitestgehend der Serviceleistungen des Bundes, d.h. dessen finanzieller Anreizprogramme, Präventions- und Rehabilitationskonzepte. Indem die Länder die Programmanschläge des Bundes fast vollständig übernehmen, reduziert sich deren de jure gegebene Handlungskompetenz auf eine bloße Verwaltung der Bundesprogramme. Eine genauere Betrachtung der organisatorischen Einbindung der Problembearbeitung in den jeweiligen behördlichen Verwaltungsaufbau der Länder (Organisationshoheit der Länder!) läßt jedoch vermuten, daß über die landesspezifisch-administrative Bearbeitung der Handlungsprogramme sich Unterschiede in der faktischen Ausgestaltung der Landesdrogenpolitiken ergeben. Wenn gleich sich auch die Rekonstruktion der organisatorischen Einbindung der Drogenpolitik in die Landesadministrationen angesichts der Vielzahl der beteiligten Akteure als relativ unübersichtlich gestaltet, so läßt sich doch über eine detaillierte Beschreibung der herausragenden Position eines Landesdrogenbeauftragten ein Einblick gewinnen in die binnenorganisatorische Verankerung der Drogenpolitik in den Ländern.

1.2.2. Das Referat des Landesdrogenbeauftragten

Gleich der Problem- und Politiksegmentierung auf Bundesebene verteilt sich die Problembearbeitung in den Ländern insbesondere auf die Ressorts der Sozial- und Gesundheitsministerien (Prävention, Rehabilitation), der Ministerien des Innern (insb: repressive Bekämpfung, Kontrolle) und der Justiz (Strafvollzug) sowie auf die der Kultusministerien ¹³, (Prävention). Die Stelle des Landesdrogenbeauftragten ist dabei in den Bundesländern i.d.R. bei den Sozial- und Gesundheitsministerien bzw. in den Stadtstaaten bei den Sozial- und/oder Gesundheitsbehörden angesiedelt. ¹⁴,

Die Errichtung von Stellen für sogenannte Landesdrogenbeauftragte erfolgte 1971 auf Initiative des Bundes und in Absprache mit den Gesundheitsministerien der Länder und war eine Reaktion auf die Zuspitzung der Problemsituation bzw. des wachsenden politischen Handlungsdrucks. Mit der Schaffung der Stelle des Drogenbeauftragten verbanden Bund und Länder zum einen die Absicht einen ständigen Informationsaustausch zwischen Bund und Ländern zu institutionalisieren. Darüber hinaus galt es, Handlungszuständigkeiten zur Bearbeitung des neuen Problems abzuklären und die Problembearbeitung bei einer zentralen Stelle zu konzentrieren bzw. an einen 'Drogenexperten kraft Amt' zu delegieren. ¹⁵, Entsprechend der Annahme, daß es sich bei dem illegalen Drogenmißbrauch um eine Modeerscheinung handelte, wurde die Stelle des Drogenbeauftragten als kurzfristig konzipiert und an den Status eines 'auf Abruf Beauftragten' gebunden. Mit anderen Worten: die Stelle eines Landesdrogenbeauftragten wurde konzipiert, als sich die öffentliche Diskussion des illegalen Drogenmißbrauchs zum politischen Handlungsdruck ausweitete, das Wissen über Umfang und Ausprägung noch relativ begrenzt und die Zuständigkeiten zur Problembearbeitung innerhalb der Sozialadministration noch weitestgehend ungeklärt waren. Die Aufgabe des Drogenbeauftragten waren dabei zunächst ausschließlich an dem illegalen Drogenmißbrauch festgemacht und konzentrierten sich zunächst darauf, Informationen über die Drogenproblematik in den einzelnen Bundesländern zu sammeln, sie an die Bundes- und Landesregierungen weiterzuleiten und diese in ihren Maßnahmenplanungen zu beraten. Mit Nachlassen

des Problemdrucks und nach einer Zeit des Sondierens von politisch-administrativen Handlungsstrategien sollte der Auftrag eines Landesdrogenbeauftragten beendet sein. 16,

Entsprechend diesen Stabsfunktionen wurden die Drogenbeauftragten zunächst nur an den behördlichen Aufbau der jeweiligen Landesadministrationen angegliedert, eine Integration in die Landesverwaltung war nicht vorgesehen. Entweder wurde die Stelle des Drogenbeauftragten einem bereits etabliertem Referat - vorzugsweise innerhalb der Gesundheitsverwaltung - "beigegeben", ohne damit auch gleichzeitig hierarchisch in die Administration eingebunden zu sein 17, oder aber die Stelle wurde als quasi 'Ein-Mann-Referat' ohne hierarchische Anbindung an eine Landesbehörde angeschlossen. 18, Infolge ihrer organisatorischen Einbindung als Stab waren die Drogenbeauftragten bei ihrer Aufgabenerledigung nicht an die Einhaltung von Dienstwegen und Dienstvorschriften gebunden, sondern waren lediglich dem Behördenleiter (Minister) gegenüber verantwortlich. Sie übernahmen ursprünglich weder politische Ämter, noch verwalteten sie einen eigenen Etat. Wie erwähnt, sollten sich ihre Aufgaben auf das Einholen und Vermitteln von Informationen und auf die Initiierung von Kommunikation und Kooperation beschränken.

Entgegen der geplanten Absicht, der Drogenbeauftragte möge sich im Laufe der Zeit selbst entbehrlich machen, etablierte sich mit dem illegalen Drogenproblem auch zunehmend die Position des Drogenbeauftragten in den Sozialadministrationen. Die Institutionalisierung der Stelle ist dabei den Aktivitäten der Drogenbeauftragten selbst erwachsen (Eigendynamik) und kann auf zwei Entwicklungen zurückgeführt werden: zum einem auf die sukzessive Ausweitung des Aufgabenbereichs von ursprünglich nur illegalem Drogenkonsum über den legalen Drogenmißbrauch bis hin zur stoffungebundenen Suchtproblematik; zum anderen über den Ausbau der Beraterfunktion durch Schaffung politischer Einflußmöglichkeiten.

Die öffentliche Thematisierung des illegalen Drogenmißbrauchs und dessen Definition als einem sozialen Problem hatten sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb der Sozialadministrationen ein Klima geschaffen, indem es grund-

sätzlich möglich schien, sämtliche Erscheinungsformen süchtigen Verhaltens zu problematisieren. Mit der 'Gewöhnung' an den illegalen Drogenkonsum bzw. mit dessen Rationalisierung (ca. 1,3 % der Gesamtbevölkerung konsumiert harte Drogen bzw. ca. 0,1 % der Jugendlichen) ¹⁹, und der Abklärung von Zuständigkeiten zur Problembearbeitung ließen auch die öffentliche Diskussion und der politische Handlungsdruck nach. Die Aufgaben der Drogenbeauftragten hätten sich wahrscheinlich programmgemäß erledigt, wäre das Problem des illegalen Drogenkonsums nicht um das des Alkohol- und Medikamentenmißbrauchs erweitert worden. ²⁰ Durch entsprechende Akzentsetzungen in der Öffentlichkeitsarbeit (z.B.: die Aktion 'Alkohol am Arbeitsplatz') bzw. durch Maßnahmen zur Suchtprävention wurde die aktualisierte Problematik maßgeblich durch die Aktivitäten der Drogenbeauftragten zum politischen Thema gemacht. ²¹ Entsprechend eines wieder gestiegenen Problembewußtseins in der Öffentlichkeit erweiterte sich der Aufgabenbereich der Drogenbeauftragten auf die Problematik des Alkohol- und Medikamentenmißbrauchs. Schließlich bedingte die Transformation der - bislang immer an irgendeine stoffliche Substanz gebundenen - Drogenproblematik in eine allgemeine und inhaltlich nicht näher definierte Suchtproblematik nicht nur eine relativ willkürliche Problematisierung von Konsummustern, sondern mit dieser Problemausweitung wurde es für den Drogenbeauftragten möglich, die Notwendigkeit seiner Aufgabenerledigung ständig (nach Bedarf) neu zu begründen und gegenüber den Länderregierungen zu legitimieren.

Die Ausweitung des Aufgabenspektrums des Drogenbeauftragten ist aber nicht die alleinige Ursache dafür, daß sich dessen Stelle innerhalb der Landesadministration etablieren konnte und zu einer Art 'Dreh- und Angelpunkt' für die Ausgestaltung der Drogenpolitiken in den Ländern wurde; vielmehr gewann der Drogenbeauftragte im Rahmen seiner Informations- und Beratungsfunktionen zunehmend auch politische Einflußmöglichkeiten. Indem die Drogenbeauftragten sich nicht mehr darauf beschränkten, Informationen zu sammeln und zu übermitteln, sondern die Kommunikation mit und zwischen den verschiedenen Akteuren ²² auf Landesebene selbst gezielt initiierten, haben sich die Drogenbeauftragten auch politische

Zuständigkeiten geschaffen. Durch Übernahme von Vorsitz- bzw. Geschäftsführerfunktionen in drogenpolitisch relevanten Gremien (z.B.: im Interministeriellen Arbeitskreis der Landesregierung) bzw. durch ihre Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften nicht behördlicher Träger (z.B.: den Landesstellen gegen Suchtgefahren) haben sie inzwischen entscheidenden Anteil an der Art der Ausgestaltung der Landesdrogenpolitiken. In Erledigung seiner Aufgaben vertritt der Drogenbeauftragte die ihm unmittelbar vorgeordnete Behörde. 23,

Als Vorsitzender des 'Interministeriellen Arbeitskreises' der Länderressorts übernimmt der Drogenbeauftragte als Geschäftsführer die organisatorische Leitung der behördlichen Kommunikation und Koordination. Dabei entscheidet er über die personelle Zusammensetzung des Arbeitskreises (d.h.: er bestimmt, wer zum Thema gehört wird), legt die Tagesordnungspunkte fest und setzt damit Akzente in der Problemdiskussion, er steuert den Informationsfluß und übernimmt Dokumentationsfunktionen.

über seine Mitarbeit in den 'Landesstellen gegen Suchtgefahren' (einem Zusammenschluß der Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, vgl.: III.2.1.1.), entweder unmittelbar im Vorstand oder in den Arbeitsausschüssen, gewinnt der Drogenbeauftragte in der Position des Behördenvertreters auch Einfluß auf die Arbeit der nicht-behördlichen Träger der Drogenpolitik. Die behördliche Einflußnahme wird dem Drogenbeauftragten insoweit 'erleichtert', als daß die Landesregierungen die Arbeit der 'Landesstellen gegen Suchtgefahren' zu einem erheblichen Teil (meist in Höhe der Personal- und Sachkosten!) finanziell unterstützen (die Landesstellen bleiben dabei offiziell rechtlich selbständig). 24, Wo die Freien Träger der Drogenarbeit auf Landesebene nicht (oder nicht mehr) in einer Landesstelle organisiert sind, ist die Zusammenarbeit zwischen behördlichen und nicht-behördlichen Trägern auf Landesebene durch die Initiierung von Arbeitsgruppen beim Gesundheitsministerium sichergestellt. Die Geschäftsführung der Arbeitsgruppen liegt dabei wieder beim Drogenbeauftragten. 25, Die Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Freien Träger der Wohlfahrtspflege ermöglicht dem Drogenbeauftragten aber nicht nur strukturierend - im

Sinne der Landespolitik - auf deren Handlungsstrategien einzuwirken, sondern verschafft ihm auch Kontakt zu den lokalen Einrichtungen der Drogenberatung und -behandlung.

Über die Möglichkeit der personellen Vermaschung hinaus gewinnt der Drogenbeauftragte auch dadurch erheblichen Einfluß auf die Landes- und kommunale Drogenpolitik, in dem er im Rahmen seines Fachwissens und seiner Handlungskompetenzen gegenüber der Landesregierung Empfehlungen zur finanziellen Förderung von Trägerorganisationen aussprechen kann. Insofern dem Referat des Drogenbeauftragten dabei ein eigener Etat beigegeben ist, 26, entscheidet er selbständig über die Mittelvergabe, d.h. über die Schwerpunktsetzung in der Landesdrogenpolitik. Da darüber hinaus die Implementation und Kontrolle der Modellprogramme des Bundes in die Zuständigkeit der Bundesressorts fällt, 27, ist auch diese faktische Auftragsverwaltung dem Drogenbeauftragten übertragen. Indem er die Anträge der Einrichtungen nach seinem Ermessen auswählt, einige Anträge zurückbehält, andere dagegen favorisiert und an die zuständigen Stellen beim BMJFG weiterleitet, gewinnt er schließlich auch Einfluß auf die Infrastrukturausstattung des Landes mit bestimmten Einrichtungstypen.

Mit der permanenten Ausweitung der politischen Einflußmöglichkeiten des Drogenbeauftragten wurden die zunächst als Stab dem behördlichen Verwaltungsaufbau angegliederten Stellen inzwischen zunehmend hierarchisch in die Landesressorts eingebunden. 28, Die Stelle des Drogenbeauftragten ist damit in die Behördenorganisation integriert und zu einem eigenen Referat ausgebaut worden, dem die Drogenbeauftragten als Referatsleiter vorstehen. Ihnen ist i.d.R. ein eigener Mitarbeiterstab zugewiesen. Obwohl die Drogenbeauftragten infolge ihrer hierarchischen Einbindung inzwischen auch den Organisations- und Verfahrensvorschriften verpflichtet sind, können sie sich über ihren Expertenstatus, insbesondere aber über ihre weitgehend personengebundenen Kontakte zu den verschiedenen Trägern und Einrichtungen im Suchtkrankenbereich, politische Einflußmöglichkeiten sichern; ihr großzügig bemessener Handlungs- und Ermessensspielraum ermöglicht ihnen dabei ein relativ unkonventionelles Arbeiten. Die zentrale politische Bedeutung, die der Stelle des Drogenbeauftragten

inzwischen zukommt, gilt es insofern zu betonen, als der Drogenbeauftragte über keine Weisungsrechte verfügt. Gegenüber den Drogenbeauftragten ist nur der Gesundheitsminister weisungsbefugt.

Abschließend bleibt festzustellen, daß den einzelnen Bundesländern bei der Formulierung und Implementierung von Maßnahmen zur Drogenpolitik de jure eine weitreichende Zuständigkeit zukommt, die sie aber de facto nicht zur Initiierung landesspezifischer Problemlösungsstrategien nutzen. Zwischen den Landesdrogenpolitiken ergeben sich jedoch Abweichungen insoweit, als deren Ausgestaltung weitestgehend von der jeweiligen Person des Landesdrogenbeauftragten abhängig ist. Seine Ideologie, seine Problemeinsicht und Definition sowie sein Engagement haben bedeutenden Einfluß auf die faktische Ausgestaltung der Drogenpolitik in den Ländern.

1.3. Die Organisation der Drogenpolitik in den Kommunen

1.3.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Ausmaße und Folgewirkungen des Drogen- und Rauschmittelkonsums werden in ihren sozialen und individuellen Dimensionen erst auf lokaler Ebene offensichtlich und für die soziale Umwelt erfahrbar. Die unmittelbare Problemnähe, die Kostenbelastung der Gemeinden ²⁹, durch die Leistungsansprüche Suchtkranker sowie der politische Handlungsdruck zwingen dabei auch die Kommunen auf den Drogen- und Rauschmittelmißbrauch zu reagieren und konkrete situations- bzw. fallbezogene Hilfeleistungen bereitzustellen.

Entsprechend der verfassungsrechtlichen Zuständigkeitenregelung ist den Gemeinden das Recht auf Selbstverwaltung garantiert (Art. 28, 2 GG), ³⁰ so daß örtliche Angelegenheiten im Rahmen der Gesetze von den Kommunen selbständig geregelt werden können. Neben lokalen Aufgabenstellungen nehmen die Kommunen darüber hinaus auch öffentliche Aufgaben im weisungsgebundenen Vollzug oder als Pflichtaufgaben in Selbstverwaltung wahr.

Was die Stellung der Gemeinden in der Organisation der Sozialpolitik anbelangt, so wird diese weitestgehend durch das Urteil des BVerfG. vom 18.07.1967 bestimmt, durch das die Gemeinden zur Wahrnehmung subsidiärer Aufgaben verpflichtet werden. ³¹ Danach sind die Gemeinden gehalten, auch kleinere soziale Gebilde - insbesondere die Träger der Freien Wohlfahrtspflege - an Planung und Durchführung kommunaler Sozialpolitik zu beteiligen, so daß auf die Gemeinden, als den größeren sozialen Gebilden, jene Aufgaben entfallen, zu deren Übernahme sich kein Freier Träger bereit erklärt. Den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege sind durch die Gemeinden Hilfeleistungen und Förderungen zu gewähren, die diese zur Durchführung der öffentlichen Aufgaben benötigen. ³²

Mit der Beschränkung des Handlungsspielraumes der Gemeinden auf die Wahrnehmung subsidiärer Aufgaben liegt die Ausgestaltung der kommunalen Sozialpolitik nicht mehr in der allgemeinen Kompetenz der Gemeinden, sondern deren Rahmenbedin-

gungen werden entscheidend mitbestimmt durch die Träger der Freien Wohlfahrtspflege. Die Planungs- und finanzielle Verantwortung sowie die Gesamtverantwortung gegenüber dem Leistungsadressaten verbleibt jedoch insgesamt bei der Kommune. Darüber hinaus werden die Zuständigkeiten der Gemeinden bei der Bearbeitung sozialpolitischer Problemstellungen durch deren Einbindung in die staatliche Aufgabenverwaltung erheblich eingeengt, da im vertikalen Strang der Politikverflechtungen die kommunale Entscheidungsfindung von derjenigen des Bundes und der Länder abhängig ist. 33

1.3.2. Ausgestaltung kommunaler Sozialpolitik

Entsprechend diesen verfassungsrechtlich begründeten Zuständigkeitsregelungen beschränkt sich die funktionale Relevanz der Kommunen zur Bearbeitung des Suchtproblems auf die Ausführung der Bundes- und Landesgesetze (-programme) zur Drogenpolitik, d.h. auf die Durchsetzung der Bestimmungen des BtMG sowie derjenigen zur Implementation von Modellprogrammen, Handlungsempfehlungen und Verwaltungsvorschriften des Bundes und der Länder. Im Rahmen einer derartig eingeschränkten Handlungskompetenz verbleibt damit den Kommunen die Aufgabe der Durchführung von Maßnahmen zur Drogenbekämpfung und Suchtprävention sowie der Vermittlung konkreter Hilfen zur Beratung und Behandlung; ferner haben sie dafür Sorge zu tragen, daß geeignete Einrichtungen zur Bewältigung dieser Aufgaben in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. 34. Wenngleich Besonderheiten in den Ausprägungen des lokalen Drogen- und Rauschmittelmißbrauches für die Gemeinden aufgrund ihrer Problemnähe am ehesten wahrzunehmen und zu bearbeiten wären, verzichten die Kommunen auf die Formulierung eigener, gemeindebezogener Zielformulierungen zur Drogenpolitik und reduzieren ihre Handlungskompetenz auf technische Verwaltungsentscheidungen; dies um so mehr, als sie vom Entscheidungsfindungsprozeß auf Landes- und Bundesebene weitestgehend abgekoppelt sind. Ein Informationsaustausch auf höherer Ebene erfolgt - wenn überhaupt - nur in unregelmäßig stattfindenden Gesprächsrunden auf Landesebene, wobei die einzelnen Gemeinden in der Regel durch ihre Interessenverbände, dem deutschen Städte- und Landkreistag bzw. den Landschaftsverbänden, vertreten werden.

Weniger in der Absicht der Initiierung von Kommunikation zwischen den Kommunen und den Bundesländern als vielmehr zum Zwecke des Transfers und der verwaltungsmäßigen Abwicklung von Finanzmittelzuweisungen der Länder (bzw. des Bundes) an die Gemeinden sind die Regierungspräsidien (Landesbehörde) an der Ausgestaltung der kommunalen Drogenpolitik beteiligt. In ihrer Funktion als Bezirksvertreter der jeweiligen Landesregierung gehört es zu ihren Aufgaben, Anträge der Kommunen bzw. kommunalen Einrichtungen auf finanzielle Bezuschussung (Unterstützungszahlungen bei Neueinrichtungen von

Suchtberatungsstellen, Personalkostenzuschuß, Pauschalförderung etc.) zu prüfen, den Landesressorts zur Bewilligung vorzuschlagen bzw. nach eigenem Ermessen über die Art und Weise der Durchführung der Beschussungspraxis zu entscheiden. Über die Mitwirkung der Regierungspräsidenten und deren politisch-administrativer Einflußnahme auf die kommunale Drogenpolitik sind die Gemeinden, trotz ihrer rechtlich garantierten Selbständigkeit, in den staatlichen Verwaltungsaufbau hierarchisch eingebunden und in der Ausgestaltung regionaler Maßnahmen von den Entscheidungen höherer Ebenen im vertikalen Strang abhängig.

Durch die Bedingungen der Ressourcenallokation sind die Möglichkeiten der Gemeinden zur autonomen Planung und Durchführung kommunaler Drogenpolitik erheblich eingeschränkt. Dies ist umso beachtenswerter, als die Errichtung und Unterhaltung von Einrichtungen sowie die Planung, Organisation und Durchführung von Konzepten zur Prävention, Beratung und Behandlung von Drogen- und Rauschmittelkonsumenten bzw. von Maßnahmen zur repressiven Drogenbekämpfung keine Angelegenheiten sind, die die Kommunalverwaltungen alleine aushandeln; vielmehr sind an der Organisation der Drogenpolitik in den Kommunen beteiligt: die beschlußfassenden Körperschaften der Gemeinden (Gemeindeparlament, Jugendwohlfahrtsausschuß, Sozialausschuß etc.), das Sozial-, Gesundheits- und Jugendamt, die örtlichen Polizeibehörden und Gerichte, die örtlichen Träger der Freien Wohlfahrtspflege sowie die regional zuständigen Kranken- und Rentenversicherungsträger.

Während auf überregionaler Ebene die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Ressorts durch Zwischenschaltung einer zentralen Stelle (dem Referat beim BMJFG bzw. dem der Landesdrogenbeauftragten) weitgehend im Sinne einer Bundes- bzw. Landesdrogenpolitik aufeinander abgestimmt werden, bestehen auf kommunaler Ebene keine vergleichbaren Kommunikations- und Koordinationszentralen. Zwar wäre hier auf der untersten Verwaltungsebene durch den unmittelbaren Problem- bzw. Klientenbezug der Dienstleistungsproduktion eine Kommunikation und Koordination zwischen den leistungsvermittelnden Instanzen dringend notwendig, doch wirken die heterogenen Handlungsorientierungen der Akteure sowie deren Konkur-

renz um Leistungsanerkennung und finanzielle Ressourcen diesem Erfordernis entgegen.

1.3.3. Kommunale Organisation der Drogenpolitik durch örtliche Trägergemeinschaften

Von der Vielzahl der auf kommunaler Ebene mit der Problembearbeitung betrauten Instanzen können das Jugend- und Gesundheitsamt wegen ihrer relativ geringen Bedeutung für den Problembearbeitungsprozeß in der nachfolgenden Betrachtung weitgehend vernachlässigt werden. Von entscheidender Bedeutung für die klientenspezifische Leistungsverwaltung und -vermittlung sind vielmehr die örtlichen ambulanten Drogenberatungsstellen. Da sie mit allen anfallenden Aufgaben einer präventiven, kurativen und repressiven Drogenpolitik konfrontiert sind, läßt sich aus ihrer Perspektive die Organisation der Drogenpolitik in den Kommunen rekonstruieren und können die kommunal relevanten Interorganisationsbeziehungen herausgestellt werden.

Wie erwähnt, verpflichtet das BVerfG-Urteil von 1967 die Gemeinden auf die Wahrnehmung subsidiärer Aufgaben und damit auf eine bevorzugte Beteiligung der Freien Wohlfahrtspflege an kommunalen Problemlösungsprozessen. Diese Verpflichtung und das traditionelle Engagement der beiden großen konfessionellen Wohlfahrtsverbände in der Suchtkrankenarbeit (vgl.: III.2.1.2.) hat dazu geführt, daß die meisten der ambulanten Suchtberatungsstellen von den örtlich zuständigen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege errichtet so, und - über das Prinzip der 'Mischfinanzierung' so - zusammen mit behördlichen Trägern (Kommune, Land/ Bund) in einer 'Trägergemeinschaft' unterhalten werden (i.d.R. beteiligt sich der namengebende Freie Träger mit ca. 40% gegenüber einer jeweils 30%igen Förderung durch Kommune und Land/Bund an der Finanzierung einer Einrichtung). Wenngleich sich auch die 'Mischfinanzierung' unter Kostenaspekten für die beteiligten Trägerverbände als vorteilhaft erweist, so ergeben sich infolge der wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen den Trägern zum Teil erhebliche Probleme innerhalb der Binnenorganisation der Einrichtungen. Indem nämlich die Mitarbeiter in den Einrichtungen gleichzeitig verschiedenen Trägern bzw. deren heterogenen Handlungsorientierungen verpflichtet werden, wird die interne Entscheidungsfindung sowohl zwischen

den Einrichtungsträgern als auch zwischen den Einrichtungsträgern und den Mitarbeitern in der Beratungsstelle mitunter erheblich behindert. 37, Die gleichzeitige Verpflichtung gegenüber mehreren Trägern, Handlungsorientierungen und Förderbedingungen erfordert dabei für eine gemeinsam verantwortete und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit der Träger in den Drogenberatungsstellen eine hohe Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft.

Ist selbst schon die Kommunikation und Koordination innerhalb einer Einrichtung mit erheblichen Problemen belastet, so verwundert es auch nicht, daß die Beziehungen zwischen den verschiedenen Einrichtungen innerhalb einer Kommune mehr dem Wettbewerb um Klientenzahlen und Fördergelder dienen, als der Kooperation und Koordination von Leistungsvermittlung und Leistungsangeboten. Die Konkurrenz der Trägerorganisationen um eine finanzielle Beteiligung bzw. Förderung ihrer Einrichtungen durch öffentliche Träger - die sich mitunter auch in einer persönlichen Konkurrenz zwischen den Mitarbeitern von Beratungsstellen fortsetzt - hat dabei entscheidend mit dazu beigetragen, daß die Versuche, eine Kommunikation und Koordination zwischen den kommunalen Handlungsträgern in Arbeitskreisen von (kommunal organisierten) 'Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften' 38, zu institutionalisieren, gescheitert sind. Sowohl die heterogenen Handlungsorientierungen zwischen den Akteuren als auch die Konkurrenz der Einrichtungen untereinander haben i.d.R. in diesen Arbeitskreisen eine Kommunikations- und Koordinationsbereitschaft gar nicht erst aufkommen lassen. 39, Zwar können hier die negativen Erfahrungen einiger Kommunen nicht generalisiert werden, doch hat sich in der Praxis gezeigt, daß sich für die konfligierenden Handlungsorientierungen zwischen Freien und behördlichen Trägern zwar noch auf Trägerebene tragfähige Kompromisse finden lassen; in der fachlichen und Klientenbezogenen Arbeit der Beratungsstelle brechen die heterogenen Handlungsorientierungen aber nicht selten zu unüberwindbaren Konflikten auf, infolge derer sich dann schon manche Einrichtungsträger zur Aufkündigung der Zusammenarbeit und zur Schließung der Beratungsstelle veranlaßt sahen.

Sowohl die hier angesprochene Problematik unterschiedlicher Handlungsorientierungen zwischen den Trägern als auch der Wettbewerb um Klienten und Förderungsanteile haben nach Einschätzung von Vertretern der Freien Trägerorganisationen mit dazu beigetragen, daß die Kommunen - trotz der materiellen und personellen Ressourcen der Freien Träger und ungeachtet der über die Mischfinanzierung erreichten Einsparungen - sich immer seltener an einer Zusammenarbeit mit den Freien Trägerorganisationen interessiert zeigen. Entgegen den Bestimmungen des Subsidiaritätsprinzips sind es nicht mehr die Kommunen, die sich um eine Beteiligung der Freien Träger bemühen, sondern umgekehrt bewerben sich inzwischen die Freien Träger bei den Kommunen um eine Mitwirkung bzw. um die Übernahme von Einrichtungsträgerschaften. Als Gründe für die 'schleichende' einseitige Aufkündigung der Zusammenarbeit verweisen die Vertreter Freier Wohlfahrtspflege sowohl auf den erhöhten Kommunikations- und Koordinationsaufwand als auch auf die zu beobachtenden Tendenzen einer 'Verrechtlichung' und 'Normierung' des Leistungsangebotes. Dabei scheint insbesondere die Art und Weise der Leistungsvermittlung durch die ambulanten Beratungsstellen zunehmend an Verwaltungs- und Verfahrensvorschriften, Richtlinien und Ministerialerlasse angebunden zu werden, deren Ausführung oft nur noch durch den Verwaltungsapparat der Kommunalverwaltung bewerkstelligt werden kann. 40) Insoweit sich die Kommunen dennoch zu einer Koalition mit den Freien Trägern bereit finden, sind diese primär an einer Zusammenarbeit mit schon bekannten und in der örtlichen Zusammenarbeit bewährten Trägersystemen interessiert.

1.3.4. Außenkontakte und Zusammenarbeit der Drogenberatungsstellen mit Behörden und Ämtern der kommunalen Sozialadministration

Im Rahmen der Durchführung ihrer fachlichen Arbeit, d.h. der Beratung und Behandlung Suchtkranker, ergeben sich für die ambulanten Drogenberatungsstellen auch Außenkontakte zu den Behörden und Ämtern der kommunalen Sozialadministration, hier insbesondere zu den Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträgern sowie zu den örtlichen Polizeidienststellen, zu Bewährungshelfern und Gerichten.

Die Kontakte zu den Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträgern ergeben sich für die Mitarbeiter in den Drogenberatungsstellen im Zusammenhang mit der Vermittlung des Klienten von der ambulanten Beratung in eine stationär durchzuführende Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung. Da die Durchführung der stationären Maßnahme an eine vorher bei den Kostenträgern einzuholende 'Kostenübernahme-Erklärung' gebunden ist, sind die Mitarbeiter in den Beratungsstellen in jedem einzelnen Vermittlungsfall auf die Kooperation mit dem regional zuständigen Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträger angewiesen. Die Einholung der Kostenzusage erweist sich dabei nicht nur hinsichtlich der ungeklärten Zuständigkeiten zwischen den Renten- und Sozialhilfeträgern (vgl. hierzu: III.3.1.) als problematisch; vielmehr gestaltet sich auch das von den Kostenträgern vorgeschriebene standardisierte Antragsverfahren, zu dem:

- eine ausführlich begründete Antragsstellung und eine Erfolgsprognose für die angestrebte stationäre Entwöhnungsbehandlung,
- ein umfangreicher Sozialbericht mit den psychosozialen Grunddaten des Klienten sowie
- die Einholung eines ebenfalls standardisierten amtsärztlichen Gutachtens

gehören, als nicht nur sehr verwaltungsaufwendig, sondern infolge der sich im Antragsverfahren ausdrückenden unterschiedlichen Handlungsorientierungen zwischen den klientenorientiert arbeitenden Drogenberatern und den an Verfahrens-

vorschriften orientierten Kostenträgern als sehr konfliktträchtig. 41)

Von ganz anderer Qualität, aber deswegen nicht weniger unproblematisch, erweist sich die Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit den kontrollierenden und sanktionierenden Instanzen innerhalb der Sozialadministration. Die Kontakte hierzu ergeben sich nicht nur im Kontext mit der illegalen Drogenproblematik, sondern erfolgen auch im Zusammenhang mit den Unterbringungs- bzw. Psychatriegesetzen der Länder, die insbesondere in Fällen des Alkoholmißbrauchs von den Kommunen zur Anwendung gebracht werden. Die hier zum Tragen kommenden divergierenden medizinischen und kriminologischen Handlungsorientierungen zwischen den Beratungsstellen und den Kontrollinstanzen sind dabei von so grundlegendem Charakter, daß das gegenseitige Mißtrauen zwischen beiden Akteursgruppen eine Kooperation nahezu ausschließt. Zwar finden sich in den Kommunen vereinzelt Bemühungen, die Kommunikationsschranken zu durchbrechen (z.B. indem Drogenberatungsstellen und örtliche Polizeidienststellen sich gegenseitig zu Informationsveranstaltungen einladen, gemeinsame Aufklärungsarbeit in Schulen leisten etc.), doch ändern sich durch diese gemeinsamen Aktivitäten die durch die heterogenen Handlungsorientierungen intendierten Konflikte nicht, so daß sich hier die Kontakte zwischen Drogenberatungsstellen und den kontrollierenden Instanzen auf ein Mindestmaß beschränken. 42) Eine Chance, zukünftig die Kommunikation und Koordination zwischen den beiden Akteursgruppen zu intensivieren, ergibt sich mit dem 1984 angelaufenen Modellförderungsprogramm 'Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter' (ASS) des Bundes (vgl.: III.4.1.2.4.), durch das insbesondere die 'Knastarbeit' der Drogenberatungsstellen und über diese auch die Zusammenarbeit mit den kontrollierenden Instanzen - den Gerichten, Haftanstalten und Bewährungshelfern - gefördert wird. 43) Die bisherigen Erfahrungen mit diesem Modellprogramm haben jedoch gezeigt, daß sich weder eine Gesprächsbereitschaft noch Ansätze zu einer Koordination der Maßnahmen durch ein finanzielles Anreizprogramm initiieren lassen, sondern die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vielmehr abhängt von den jeweils zuständigen Handlungsträgern und ihren persönlichen

Erfahrungen mit den Vertretern der Sozialadministration.

Festzuhalten bleibt: Sowohl durch die Einbindung der kommunalen Drogenpolitik in diejenige des Bundes und der Länder als auch durch die Aufgabenverteilung zwischen den kommunalen Einrichtungen haben Zuständigkeitsplittings und ein weitgehend unkoordiniertes Nebeneinander der einzelnen Maßnahmen die Handlungs- und Leistungsfähigkeit der kommunalen Drogenpolitik erheblich eingeschränkt. Das Zuständigkeitsplitting zwischen den einzelnen Akteursgruppen auf kommunaler Ebene findet dabei eine Fortsetzung in der internen Organisation der verschiedenen ambulanten Einrichtungen. Dabei ergeben sich durch die Bildung von Trägergemeinschaften interorganisatorische Vernetzungen, die nicht nur die Mitarbeiter in den Einrichtungen vor Orientierungsprobleme stellen und deren Entscheidungsfindung und Handlungsfähigkeit behindern, sondern auch eine Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen (konkurrierenden) Einrichtungen erschweren. Dies wiegt umso schwerer als auf kommunaler Ebene die einzelnen Maßnahmen der verschiedenen Einrichtungen kaum aufeinander abgestimmt sind und ein Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren nicht institutionalisiert ist, d.h. die regionale Koordination primär der Initiative und dem Engagement der kommunalen Akteure überlassen bleibt.

2. Einbeziehung nicht-öffentlicher Trägerorganisationen in die Drogenpolitik

2.1. Beteiligung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege

2.1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Hervorgegangen aus der 'Freien Liebestätigkeit' zunächst religiös, später zunehmend politisch motivierter privater Hilfsaktionen zur Linderung und Beseitigung sozialer Notlagen, hat sich die durch Vereinsbildung organisierte Freie Wohlfahrtspflege im Laufe ihrer geschichtlichen Entwicklung im System staatlicher Sozialpolitik institutionalisiert. 44. Gegenwärtig werden der Freien Wohlfahrtspflege jene Körperschaften zugerechnet, "(...) die sich ausschließlich oder zu einem wesentlichen Teil ihrer Arbeit der Aufgabe widmen, bedrangten und geschädigten Mitbürgern zu helfen. Diese Körperschaften unterscheiden sich von staatlichen oder kommunalen Trägern sozialer Aufgaben dadurch, daß ihrem Handeln keine gesetzliche Verpflichtung zugrunde liegt, von erwerbswirtschaftlichen Trägern (...) dadurch, daß sie keinen Gewinn erstreben und öffentlicher Kontrolle unterworfen sind. 'Freie Wohlfahrtspflege' ist danach in erster Linie die Tätigkeit der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland), ihrer Untergliederungen und Mitgliedsorganisationen (...)" 45. Die Tätigkeiten der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie deren Einbindung in die staatliche Sozialpolitik beruhen dabei auf dem verfassungsmäßig garantierten Recht zur Gründung freier Zusammenschlüsse zum Zwecke der Erfüllung sozialer Aufgaben (Initiativrecht). 46.

Weder die gesetzlichen Regelungen noch das bereits erwähnte Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 18.7.1967 sind mit konkreten Bestimmungen hinsichtlich der Art des Beteiligungscharakters Freier Wohlfahrtspflege (Arbeitsteilung zwischen öffentlicher und Freie Wohlfahrtspflege, Ausführung spezifischer Aufgaben, finanzielle Förderung und Eigenleistung

Freier Träger etc.) ausgefüllt, so daß die Freien Träger in der Gestaltung ihrer Arbeit völlig frei sind. Diese rechtliche Rahmengesetzgebung trägt damit der besonderen Struktur der Freien Wohlfahrtsverbände Rechnung, deren herausragendes Kennzeichen ist, daß sie mittels Aufgabenspezialisierung ihre Ziele, Aufgaben und damit ihr Klientel aus dem komplexen Bereich sozialer Arbeit auswählen sowie die Methoden bei der Lösung sozialer Fragen eigenverantwortlich bestimmen können. Ohne daß das von ihnen ausgewählte Klientel selbst Mitglied des Verbandes ist, d.h. die innerverbandliche Willensbildung mit trägt, treten die Freien Träger mit dem Anspruch auf, die Interessen und Bedürfnisse ihres Klientels gegenüber staatlichen Trägern und der Öffentlichkeit zu vertreten (advokatorische Interessenvertretung). 47,

Dem Recht der Freien Träger auf Freiheit zum Helfen entspricht ein Recht des Hilfesuchenden auf Hilfe 48, wobei dem Hilfesuchenden ein Wahlrecht zugestanden wird, das es ihm ermöglicht, selbständig zu entscheiden, in welcher Weise und durch wen sein Recht auf Hilfe verwirklicht werden soll. 49, Unabdingbare Voraussetzung für die konkrete Ausübung des Wahlrechts ist jedoch, daß dem Hilfesuchenden alternative Maßnahmen und Einrichtungen der verschiedenen Trägerorganisationen zur Wahl stehen. Mit der Verpflichtung der öffentlichen Träger zur Zusammenarbeit mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege 50, wird dem Wahlrecht des Hilfesuchenden durch "(...) ein Wahlangebot pluralisierender, in sich homogener, freier Träger (...) entsprochen". 51, Insoweit den Freien Trägern nicht ausdrücklich Aufgaben zur Durchführung von den öffentlichen Trägern im weisungsgebundenen Vollzug übertragen werden, haben die öffentlichen Träger keinerlei Kontrollrechte gegenüber den Freien Trägern. 52,

2.1.2. Organisatorische Verankerung der Suchtkrankenhilfe bei den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege

Die organisierte Suchtkrankenhilfe durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist mindestens so alt wie die Verbände selbst und wird im wesentlichen von Einrichtungen der beiden großen kirchlichen Trägerorganisationen - dem (katholischen) Deutschen Caritasverband und dem (evangelischen) Diakonischen Werk - sowie in jüngster Zeit durch verschiedene Mitgliedsorganisationen des (interkonfessionellen) Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes getragen. Während sich die Einrichtungen in der Trägerschaft katholischer Kirchengemeinden darauf konzentrierten, alkoholgefährdete und -erkrankte Gemeindemitglieder unter Nutzung der Gemeinderessourcen (Räumlichkeiten, gemeindliche ehrenamtliche Mitarbeit, Spenden etc.) ambulant zu beraten und zu behandeln, setzte die von der evangelischen Kirche getragene Suchtkrankenhilfe ihren Schwerpunkt von Anfang an auf die stationäre Behandlung Alkoholkranker in eigens dazu eingerichteten Fachkliniken (Heilstätten). Sowohl die ambulanten als auch die stationären Maßnahmen zur Suchtkrankenbehandlung wurden dabei vollständig von den Freien Trägern, d.h. aus Kirchenmitteln und Spenden, finanziert. 63. Solange die Arbeitsteilung und Spezialisierung zwischen den beiden konfessionellen Trägergruppen und deren Unabhängigkeit von gemeinsamen Finanzmittelquellen bestand, war für beide Hilfsorganisationen keine Veranlassung gegeben, untereinander in Konkurrenz um Klienten und Ressourcen zu treten, so daß beide Einrichtungsträger in der Vermittlung ihrer spezialisierten Dienstleistungen für sich jeweils eine Domäne 64. herausbilden und kooperativ zusammenarbeiten konnten. Zwischen den nicht konfessionell gebundenen und vorwiegend im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) organisierten (ambulant und stationär arbeitenden) Einrichtungen kann indes bis heute keine vergleichbare Domänebildung ausgemacht werden, wie sie sich zwischen den Einrichtungen in Trägerschaft des Caritasverbandes (DCV) und des Diakonischen Werkes (DW) (historisch) entwickelt hat. Wenngleich sich auch die Konturen der Arbeitsteilung zwischen den beiden konfessionell gebundenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege angesichts - eines verstärkten gegenseitigen Eindringens der Trägeror-

- ganisationen in die Domäne des jeweils anderen Trägers 66,
 - einer Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Freien Wohlfahrtsverbänden und den öffentlichen Instanzen sowie
 - einer sich daraus ergebenden wechselseitigen Abhängigkeit zwischen Freien und behördlichen Trägern
- zunehmend Verwischen, so reflektieren sich in den gegenwärtig korporatistischen Strukturen 66, der Freien Wohlfahrtspflege die historisch gewachsenen Strukturen der Aufgabenverteilung und Spezialisierung bei der Vermittlung von Hilfen zur Suchtkrankenversorgung.

Gegenwärtig sind an der Bearbeitung des Suchtmittelmißbrauchs im wesentlichen die drei Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege: der Deutsche Caritasverband, das Diakonische Werk und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband beteiligt. Allen drei Spitzenverbänden ist dabei gemeinsam, daß sie selber nicht als Träger der unmittelbar vor Ort arbeitenden Einrichtungen auftreten, sondern vielmehr die Träger der Einrichtungen Mitglieder bei den drei Spitzenverbänden bzw. bei deren jeweiligen Fachverbänden sind. Mit anderen Worten: die Basisorganisationen sind über ihre Trägerorganisationen vertikal integriert in den entsprechenden Fachverbänden

- dem 'Referat für Suchtgefährdetenhilfe beim Deutschen Caritasverband e.V.'
- dem 'Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.'
- dem 'Fachverband Drogen- und Rauschmittel' beim Paritätischen Wohlfahrtsverband,

die als Interessenvertretungsorgane die Einrichtungsträger sowohl verbandsintern, also gegenüber der eigenen Verbandsspitze, als auch extern, d.h. gegenüber den öffentlichen Institutionen (Ministerien, Parlamente) und privaten Trägern, vertreten. 67,

Die Fachverbände, die auf der Ebene der Verbandsspitzen angesiedelt sind, haben gegenüber den in ihnen organisierten rechtlich selbständigen Trägerorganisationen keinerlei Entscheidungs- und Weisungsbefugnisse; ihre Handlungskompetenz erstreckt sich vielmehr auf die Abgabe von Empfehlungen und

handlungsleitenden Werten (kirchlich-ideologisierte Problem-sicht und Handlungsnormen). 58. Darüber hinaus erbringen die Fachverbände für die Trägerorganisationen jedoch Serviceleistungen, indem sie diese in rechtlichen (z.B. Vereinsrecht, Sozialversicherungsrecht etc.), betriebswirtschaftlichen (z.B. Wirtschaftlichkeitsberechnungen, Pflegesatzgestaltung etc.) und finanztechnischen (z.B. Erschließung finanzieller Möglichkeiten, Antragsstellung etc.), Fragen beraten und unterstützen. 59. Neben diesen Serviceleistungen geben die Fachverbände den Trägerorganisationen bzw. den Mitarbeitern in den Basisorganisationen über die Initiierung von z.B. wissenschaftlichen Symposien, insbesondere aber über die Angebote von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (vgl.: III.5.1), das in jeder Hinsicht notwendige fachliche 'Betriebswissen' mit an die Hand. 60.

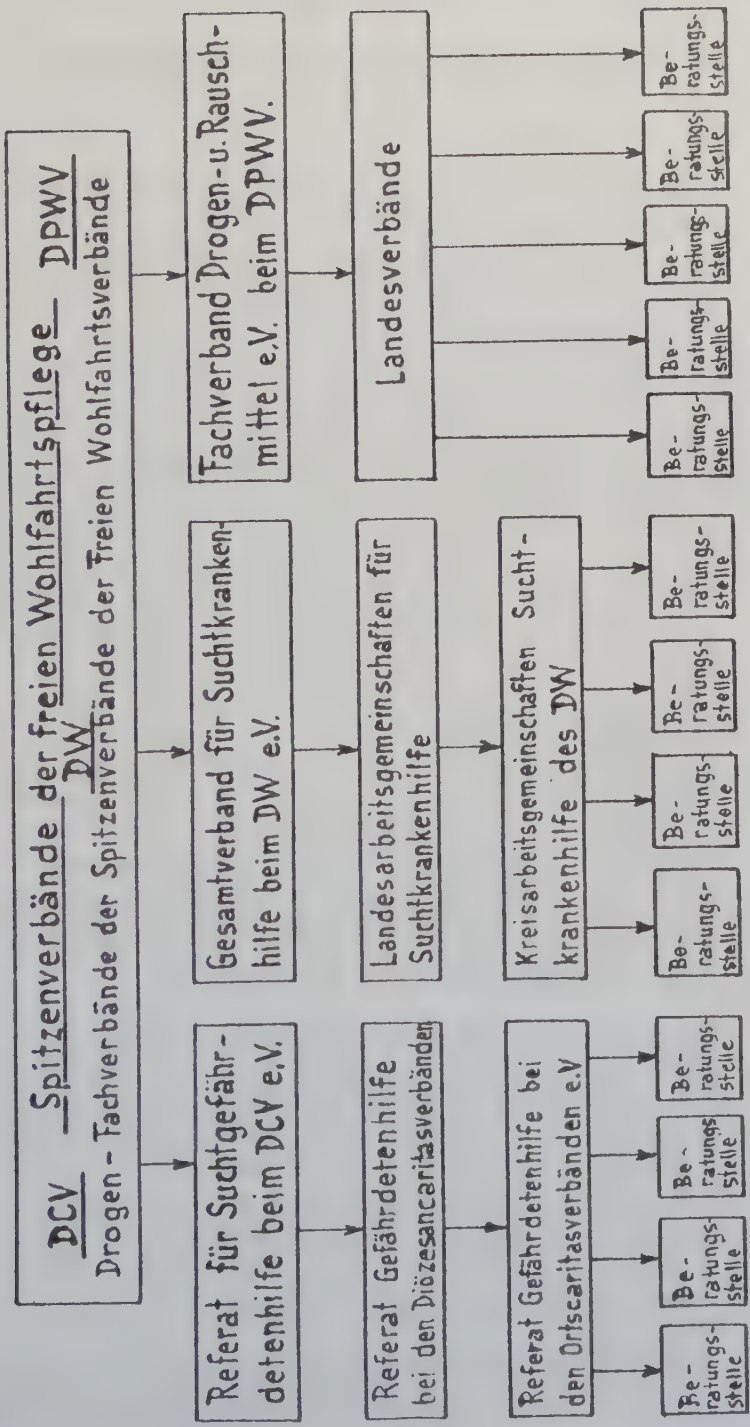
Die Übermittlung der von den Fachverbänden bereitgestellten Serviceleistungen übernehmen bei den Wohlfahrtsverbänden die auf mittlerer hierarchischer Ebene angesiedelten Instanzen: die Diözesancaritasverbände, die ev. Landesarbeitsgemeinschaften gegen Suchtkrankenhilfe sowie die Landesverbände des DFVW. Diesen Mittelinstanzen sind als örtliche Einrichtungsträger Ortscaritasverbände und Kirchengemeinden nachgeordnet; für die im DFVW organisierten lokalen Einrichtungen gibt es auf regionaler Ebene keinen vergleichbaren integrierenden Einrichtungsträger (vgl.: Abb. 4). Da die örtlichen Trägerorganisationen als eingetragene Vereine rechtlich selbständig sind, besitzen auch die Mittelinstanzen gegenüber diesen eigentlichen Einrichtungsträgern keine direkten Entscheidungs- und Weisungsbefugnisse. Damit aber kommen den Mittelinstanzen vorwiegend beratende und koordinierende Aufgaben zu. Als diejenigen Instanzen, die über die Finanzmittel der örtlichen Einrichtungsträger bzw. der Basisorganisationen zu befinden haben, können sie jedoch mit finanziellen Steuerungsinstrumenten auf die örtlichen Trägerorganisationen einwirken, die als Dienst- und Fachaufsichtsbehörde gegenüber den Basiseinrichtungen unmittelbar entscheidungs- und weisungsbefugt sind. 61.

Insgesamt gesehen läßt sich feststellen, daß binnenorganisatorisch - in der vertikalen Versäulung der Organisation der

Suchtkrankenhilfe bei den drei Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege - zwischen den verschiedenen hierarchischen Ebenen keine durchgehenden Entscheidungs- und Weisungsbefugnisse bestehen. Das Fehlen einer durchgehenden Autoritätsstruktur hat häufig zur Konsequenz, daß die verbandsinterne Kommunikation, d.h. die Übermittlung der von den Fachverbänden für die Einrichtungsträger und Basisorganisationen bereitgestellten Serviceleistungen und Informationen (vice versa), mit der Akzeptanz, Fähigkeit und Initiative derjenigen Personen steht und fällt, die auf mittlerer Ebene als 'Unterhändler' zwischen den Instanzen informierend, beratend und kooperierend tätig werden sollen. Aus einer Dysfunktionalität der mittleren Ebene resultieren dann mitunter nicht nur Informationslücken zwischen den Instanzen, sondern auch ein unkoordiniertes Neben- bzw. Gegeneinander der einem (regionalen) Einrichtungsträger angegliederten Einrichtungen.

42) Unter Ausnutzung bestehender persönlicher Kontakte zwischen den Entscheidungsträgern der verschiedenen Ebenen werden nicht selten die mittleren Ebenen zum Zwecke einer raschen, vor allem aber unbürokratischen Informations- und Finanzmittelbeschaffung von den lokalen Einrichtungsträgern bzw. Basisorganisationen bewußt umgangen.

Mit der vertikalen Integration von Einrichtungen und Einrichtungsträgern durch die Fachverbände und Mittelinstanzen wird aber nicht nur innerverbandlich die Anzahl der auf jeder Ebene an der verbandspolitischen Entscheidungsfindung beteiligten Mitgliederorganisationen auf einen überschaubaren Kreis von Akteuren reduziert, sondern vielmehr werden hierdurch erst die Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit zwischen den Freien Trägern geschaffen.



2.1.3. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren

2.1.3.1. Binnenorganisation

Auf den ersten Blick scheinen sich die drei Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege - ungeachtet ihrer jeweiligen spezifischen Eigeninteressen - auf Bundesebene über ihren Dachverband, der 'Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren' (DHS), geschlossen an der Bearbeitung des Suchtmittelmißbrauchs zu beteiligen (horizontale Verflechtung). Sie treten offiziell nicht zueinander in Konkurrenz und scheinen Planung und Bereitstellung ihres umfangreichen Hilfeangebotes allein den qualitativen wie quantitativen Erfordernissen der Suchtkrankenbehandlung anzupassen. Eine genauere Betrachtung der Bedingungen und der Art der Ausgestaltung der interorganisatorischen Zusammenarbeit der Mitgliedsverbände in der DHS wird jedoch diesen ersten Eindruck über die Beteiligung Freier Träger an der Bearbeitung des Drogenproblems relativieren.

Die DHS ist die Dachorganisation, in der sich die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (DCV, DW, DFWV, AWO), Selbsthilfegruppen, Abstinenzverbände und Fachverbände zusammengeschlossen haben, um die Arbeit in der Suchtkrankenhilfe soweit als möglich aufeinander abzustimmen und gegenüber den öffentlichen Trägern eine gemeinsame Politik zu vertreten. 43. Die der DHS angeschlossenen Verbände bleiben dabei rechtlich selbständig (vgl.: Abb. 5).

Die zentralen Mitgliedsverbände der DHS bilden:

- die katholische Hauptträgergruppe mit dem DCV e.V., der Katholischen Sozialen Arbeitsstelle e.V. (KSA), dem Kreuzbund e.V. sowie der Katholischen Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren (KAAS);
- die evangelische Hauptträgergruppe mit den dem DW angeschlossenen Verbänden: dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe e.V., dem Blauen Kreuz in Deutschland e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe;
- die paritätische Hauptträgergruppe, der u.a. angehören der DFWV, der Deutsche Guttempler-Orden, der Bund für drogen-

- freie Erziehung (BdE) e.V. etc. ;
 - die vierte Hauptträgergruppe bilden die der AWO angeschlossenen Einrichtungsträger. 64,

Organigramm der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V.

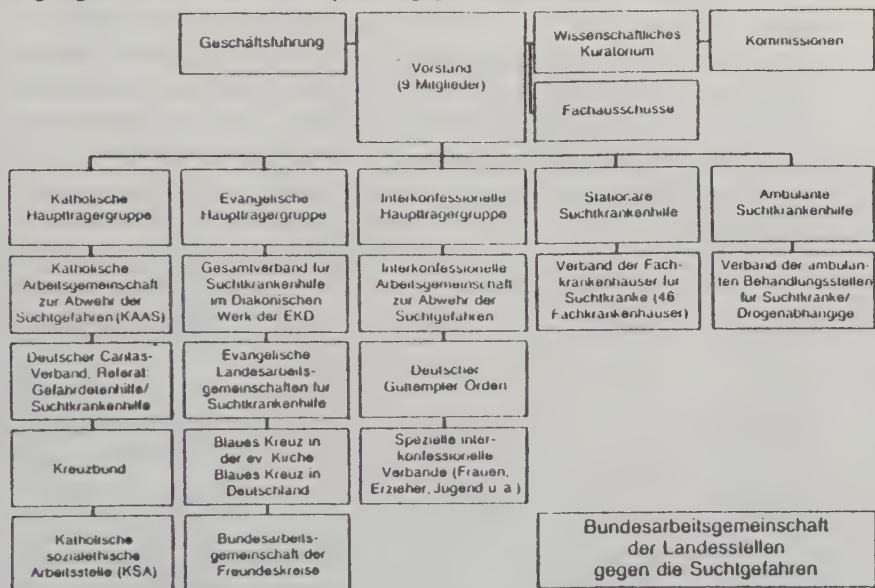


Abb.: 5

Quelle: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren

Während die der evangelischen Hauptträgergruppe angeschlossenen Verbände in ihrem 'Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe' aufgrund dessen Verbandsmacht und subsumierender Funktionen stets über eine Art gemeinsames Sprachrohr verfügten (vgl.: § 2 Abs. 2, § 4 Abs. 1 der Satzung) 65, mit dessen Hilfe sie geschlossen den anderen Hauptträgergruppen in der DHS gegenübertraten konnten, verfügten die Mitgliedsorganisationen der katholischen Hauptträgergruppe lange Zeit über keine vergleichbare gemeinsame Interessenvertretung. Dies änderte sich erst im Jahre 1982 mit der Gründung der 'Katholischen Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren (KAAS)'. Zweck und erklärte Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft sind nach § 2 Abs. 2 der Satzung die "(...) gemeinsame(n) Vertretung der Anliegen der Mitglieder nach innen und außen (...)". 66

Mit der Zentralisation der Verbandsmacht der katholischen Hauptträgergruppe durch Bildung der 'KAAS' respektive bei der evangelischen Hauptträgergruppe durch den 'Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe' verfügen die beiden konfessionellen Trägergruppen im Gegensatz zur paritätischen Hauptträgergruppe der DHS über eine annähernd gleiche Verhandlungsposition (vgl.: Abb. 6). Diese gewinnt dabei insofern an Bedeutung, als die Hauptträgergruppen in und über die DHS hinaus zueinander in Konkurrenz treten; dies sowohl mit Blick auf die Sicherung ihrer Domänen als auch hinsichtlich der Kanalisierung von Finanzmittelzuweisungen und Projektbewilligungen.

DHS - Hauptträgergruppen

Katholische
Hauptträgergruppe

K	KSA e.V.
A	DCV e.V.
A	
S	Kreuzbund e.V.

Evangelische
Hauptträgergruppe

Gesamtverband	
für	Landesverbände u. Landesbe- auftragte
Sucht-	Blaues Kreuz e.V.
kranken-	
hilfe	Freundeskreise

Interkonfessionelle
Hauptträgergruppe

DPWV e.V.
AWO e.V.
BdE e.V.
Fachverband Drogen u. Rauschmittel e.V.
Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V.

Abb.: 6

2.1.3.2. Zusammenarbeit der DHS mit behördlichen Trägern

Über die DHS, der von staatlicher Seite ein Repräsentationsmonopol im Bereich der Suchtprävention und -behandlung zuerkannt wird, ergibt sich für deren Mitgliedsverbände die Möglichkeit, den öffentlichen Trägern mit einer aufeinander abgestimmten Verbandspolitik geschlossen gegenüberzutreten und gemeinsame Interessen, Problemdefinitionen und -lösungsstrategien unter Ausnutzung ihrer kumulierten Verbandsmacht durchzusetzen. Die Bedeutung, die der DHS bzw. den Freien Wohlfahrtsverbänden dabei von Seiten der öffentlichen Träger hinsichtlich deren Beteiligung an der Bearbeitung des Drogenproblems beigemessen wird, kommt u.a. darin zum Ausdruck, daß die DHS vom BMJFG in Höhe der Personal- und eines Teils der Sachkosten (ca. 750.000 DM/Jahr) regelmäßig finanziell unterstützt wird. 67, Der mit insgesamt 2 Mill. DM/Jahr kalkulierte Finanzmittelbedarf der DHS wird über die Zuwendungen des BMJFG hinaus aus Entgelten der BZGA, Spenden, Bußgeldern sowie einmaligen Unterstützungszahlungen, z.B. der BfA und/oder der Bundesknappschaft, gedeckt, nicht aber aus Mitteln der Freien Träger selbst. Als Gegenleistung für die finanzielle Unterstützung der DHS-Geschäftsstelle behält sich das BMJFG das Recht vor, sowohl durch Benennung des Geschäftsführers der DHS als auch durch die Bestimmung der fachlichen Anforderungen (Berufsqualifikationen) der übrigen Mitarbeiterstellen personalpolitisch Einfluß auf die DHS-Verbandsarbeit zu nehmen. Die Entscheidung hinsichtlich der personellen Besetzung der Mitarbeiterstellen verbleibt dabei pro forma bei dem Geschäftsführer der DHS, wobei aber das BMJFG gegen dessen Personalentscheidungen Widerspruch einlegen kann. 68, Der im ersten Augenblick verblüffende Zusammenhang, daß nämlich die Koalition der Freien Träger und deren organisatorische Zusammenfassung in der DHS zu einem wesentlichen Teil aus Mitteln des Bundes finanziert wird, erklärt sich aus der Interdependenz der Interessen Freier und öffentlicher Träger.

Für die in der DHS organisierten Mitgliedsverbände liegt in der finanziellen Beteiligung des BMJFG auf der einen Seite die Gewähr für das Fortbestehen der DHS; dies jedoch weniger unter dem Aspekt der Finanzierung der Geschäftsstelle (dem

Finanzmittelzuschuß des BMJFG steht eine starke finanzielle Potenz der Freien Träger gegenüber), als vielmehr unter dem Gesichtspunkt einer Überspielung der Unstimmigkeiten zwischen den Mitgliedsverbänden und deren 'diplomatischer Klammerung' durch das BMJFG. 49) Auf der anderen Seite ergeben sich für die Freien Träger aber auch politische Einflußchancen hinsichtlich einer Beteiligung der DHS an der Formulierung und Implementierung von Programmen der Bundesregierung zur Drogenpolitik (z.B. Formulierung und Ausgestaltung der Modellprogramme, Formulierung der 'Mindestkriterien', Auswahl und Einbeziehung der Einrichtungen Freier Träger in die Modellförderung). Im Gegensatz dazu bietet die Bezuschussung der DHS durch das BMJFG diesem zum einen die Möglichkeit, die DHS in ihrer Funktion als Informant zwischen den öffentlichen und Freien Trägern bzw. dem Klientel in Dienst zu nehmen. Zum anderen kann sich das BMJFG über die DHS des komplexen Erfahrungswissens der Freien Träger in der Suchtkrankenbehandlung bedienen sowie auf deren umfangreiches Potential an organisatorischen und personellen Ressourcen zur Problembearbeitung zurückzugreifen. 50) Daneben kommt dem BMJFG die enge Zusammenarbeit mit der DHS auch in der Weise zugute, daß durch die Mitwirkung der Freien Träger die Einhaltung von Dienstwegen umgangen und (partei-)politische Restriktionen bei der Programmformulierung und -implementierung weitestgehend außer Acht gelassen werden können. In diesem letztgenannten Sinne ist vielfach auch die intensive Zusammenarbeit von DHS und BZGA im Bereich der Suchtprävention zu interpretieren:

Die BZGA muß - als eine dem BMJFG unmittelbar nachgeordnete Bundesbehörde - bei der inhaltlichen Gestaltung von Aufklärungsmaterialien, Broschüren etc. auf politische Erfordernisse Rücksicht nehmen. Entsprechend prüft das BMJFG die von der BZGA erstellten Materialien. Entweder weil die BZGA in bestimmten Fällen diesen Auflagen nicht entspricht (entsprechen kann), und/oder weil die Auftraggeber selbst auf politische Rücksichtnahmen verzichten wollen, wird die Erstellung des Materials von der BZGA an die DHS in Auftrag gegeben, die dann in eigenem Namen für den Inhalt verantwortlich zeichnet. 51) Was schließlich die Umgehung von behördlichen Dienstwegen anbelangt, so zeigt sich auch hier, daß der, der

DHS von behördlicher Seite zugestandene Handlungsspielraum auch von den Behördenvertretern genutzt wird, wenn es diesen darum geht, unter Umgehung von Dienstwegen schnell und unbürokratisch bestimmte Informationen einzuholen. 72,

Trotz der Bedeutung, die die DHS in der Zusammenarbeit mit den öffentlichen Trägern der Drogenpolitik erfährt, ist die DHS nicht in dem (hinsichtlich der Politikformulierung entscheidungsrelevanten) 'Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder' vertreten; vielmehr wirken die Fachverbände der drei Hauptträgergruppen der DHS (DCV, DW, DPWV) getrennt, d.h. jeder für sich, in dem Arbeitskreis mit.

2.1.3.3. Interorganisatorische Zusammenarbeit der Wohlfahrtsverbände

Wenngleich auch die Freien Träger über die DHS den öffentlichen Trägern der Drogenpolitik geschlossen gegenüberstehen, so gehen innerhalb der DHS die Interessen der Mitgliedsverbände auseinander. Polarisierungen der Verbandsinteressen sowie Konkurrenzbeziehungen zwischen den Hauptträgergruppen bestimmen die Zusammenarbeit der Verbände in der DHS. Die Unstimmigkeiten zwischen den Fachverbänden der Freien Wohlfahrtspflege sind dabei zum einen Ausdruck der Tatsache, daß die politischen Einflußmöglichkeiten der Gliederverbände innerhalb der DHS de facto nicht gleichverteilt sind und zum anderen Ergebnis der (historisch gewachsenen) funktionalen Abgrenzung der Aufgabenerledigung zwischen den Mitgliedsverbänden.

Beschlußfassendes Organ der DHS ist der Vorstand, in dem sowohl über die nach außen als auch nach innen gerichtete Verbandsarbeit entschieden wird. Der Vorstand der DHS besteht aus insgesamt 11 Mitgliedern, wobei die drei Hauptträgergruppen (DCV, DW, paritätische Hauptträgergruppe) durch jeweils zwei Personen vertreten sind; die AWO, der Verband Fachkrankenhäuser sowie der Verband der ambulanten Beratungsstellen (VABS) stellen jeweils einen Vertreter; das wissenschaftliche Kuratorium und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen gegen die Suchtgefahren sind jeweils mit einer Stimme im Vorstand vertreten. 73. Dabei scheint auf den ersten Blick die Stimmenverteilung zwischen den Verbänden - entsprechend ihrer unterschiedlichen Problembearbeitungskapazität (Anzahl der Einrichtungen, vgl.: Tab.1) - paritätisch ausgewogen zu sein. Berücksichtigt man jedoch, daß beim Verband der ambulanten Beratungsstellen (VABS) der DCV, beim Verband der Fachkrankenhäuser das DW jeweils federführend ist, so zeigt sich auf den zweiten Blick ein Übergewicht der beiden konfessionellen Hauptträgergruppen (jeweils drei Stimmen). Dieser Umstand gewinnt implizit dadurch an Tragweite, daß die in der dritten Hauptträgergruppe großteils zusammengeschlossenen ca. 2000 Selbsthilfeeinrichtungen und Abstinenzverbände (in denen bislang rd. 50.000 Einzelpersonen organisiert sind), ein-

schließlich der durch den DPWV repräsentierten Einrichtungensträger, mit insgesamt nur zwei Stimmen im Vorstand vertreten sind. Da darüber hinaus die in der 'Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen gegen die Suchtgefahren' zusammengeschlossenen Landes-Dachverbände (von der DHS unabhängige Zusammenschlüsse der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene) eine der DHS weitestgehend vergleichbare Organisations- und Trägerstruktur aufweisen, ist zu vermuten, daß das Übergewicht der beiden konfessionellen Trägergruppen auch in der Stimme, welche die Bundesarbeitsgemeinschaft im Vorstand der DHS innehat, zum Tragen kommt. Die ungleiche Verteilung von Einflußchancen zwischen den Mitgliedsverbänden der DHS hat dabei zur Konsequenz, daß die Verbände interorganisatorisch in ständiger Konkurrenz um Macht und Mittel stehen, wobei die Verfügung über Mittel (Zuteilung von Spendengeldern, Bewilligung von Projektanträgen, Themensetzung auf Fachtagungen etc.) auf die Einflußchancen der Verbände innerhalb der DHS-Verbandspolitik zurückwirkt.

Zwar behindert die Konkurrenz der Verbände um die von der DHS zu vergebenden Mittel eine wirkungsvolle Zusammenarbeit zwischen den Mitgliederorganisationen, jedoch verlieren diese Konflikte sowohl in ihren qualitativen wie materiellen Dimensionen gegenüber denjenigen Konflikten an Bedeutung, die sich aus der Aufgabenverteilung (ambulante versus stationäre Suchtkrankenbehandlung) und der daraus resultierenden unterschiedlichen Problem- (kosten-/belastung zwischen den Trägerorganisationen ergeben. Vorab einige Zahlen:

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen:

Zum Datenmaterial: In der EBIS-Jahresstatistik 74, 1983 die Daten von 262 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und -kranke erhoben. 75, Bundesweit existieren ca. 450-500 ambulante Einrichtungen. 76, Die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Einrichtung belaufen sich auf ca. 260.000 DM. Dem Modus der Mischfinanzierung (Drittel-Finanzierung) entsprechend, entfallen damit auf einen Freien Träger pro Einrichtung ca. 30-40% der Kosten; dies entspricht einer absoluten Kostenbelastung der Freien Träger von ca. 91.000 DM/ Einrichtung/Jahr.

Träger ambulanter Einrichtungen	Anzahl (Anteile) der Einrichtungen Basis 262 BST (EBIS) *	Anzahl (Anteile) der Einrichtungen hochgerechnet auf 500 BST **	Kosten der Einrichtungen ** (ø 260000 DM/BST	Durchschn. Kostenbelastung der Einrichtungsträger/Jahr** (Kostenanteil: ca. 35%)
AWO	3 (1,15 %)	6 (1,15 %)	1.560.000	546.000
DCV	129 (49,24 %)	246 (49,24 %)	63.960.000	22.386.000
DW	95 (36,26 %)	181 (36,26 %)	47.060.000	16.471.000
DPWV	6 (2,29 %)	11 (2,29 %)	2.860.000	1.001.000
Sonstige gemeinnützige Vereine	22 (8,40 %)	42 (8,40 %)	10.920.000	3.822.000
Land / Kommune / Bezirk	6 (2,29 %)	11 (2,29 %)	2.860.000	1.001.000
mehrere verschiedene Träger	1 (0,38 %)	2 (0,38 %)	520.000	182.000
SUMME (rd.):	262 (100,-- %)	500 (100,--%)	129.740.000	-----

Tab.: 1

* Daten entnommen aus EBIS-Jahresstatistik 1983

** Daten der EBIS-Jahresstatistik 1983 auf bundesweit 500 Einrichtungen hochgerechnet.

Stationäre Einrichtungen zur Behandlung Suchtkranker

Bundesweit existieren ca. 200 stationäre Therapieeinrichtungen mit insgesamt ca. 12.000 Behandlungsplätzen. 78%, Davon sind ca. 95 (28%) in Trägerschaft der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, rd. 35 Einrichtungen (ca.10%) in öffentlicher und rd. 191 (ca. 56%) in privater Trägerschaft. Im großen und ganzen sind die Einrichtungen spezialisiert auf entweder Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit (ca. 8000-9000 Betten) oder auf die ausschließliche Behandlung der (illegalen) Drogenabhängigkeit (ca. 3000 Betten). Die Kosten aus der stationären Suchtkrankenbehandlung werden entsprechend den vereinbarten Pfllegesätzen von den Sozialversicherungs-(Sozialhilfe-)trägern übernommen. Insoweit die stationären Einrichtungen ausgelastet und von den Kostenträgern anerkannt sind, entstehen im Zusammenhang mit den Pflegegesetzvereinbarungen, die nach dem Prinzip der Kostendeckung ausgehandelt werden, für den Einrichtungsträger aus der Bereitstellung stationärer Suchtkrankenhilfe keine Kosten.

Träger stationärer Einrichtungen	Anzahl* (Anteil) der Einrichtungen	Summe (Anteil)
AWO	4 (1,17 %)	} 95 (27,78 %)
DCV	23 (6,73 %)	
DW	23 (6,73 %)	
DPWV	42 (12,28 %)	
sonst. freigem. Träger 1)	3 (0,87 %)	} 116 (33,92%) 1) DRK, JW)
Fachverband Sucht e.V. 2)	21 (6,14 %)	
öffentl. rechtliche Einrichtungen	35 (10,23 %)	2) ist Mitgl. im DPWV)
sonstige	191 (55,85 %)	
SUMME (ca.) :	342 (100-- %)	

Tab.: 2

* eigene Auszählung der Daten (nach Angaben der Verbände und Dokumentenanalysen)

Wie zu Beginn des Gliederungspunktes erwähnt, ist die Aufgabenverteilung und -spezialisierung zwischen den Hauptträgergruppen historisch gewachsen. Im Zusammenhang mit der allgemeinen Ausweitung der Kapazitäten im Suchtkrankenbereich Anfang der 70er Jahre wurde diese Aufgabenverteilung jedoch von den Verbänden selbst unterlaufen. Im Zuge der Expansion in der Suchtkrankenversorgung haben sich - entgegen ihren originären Handlungskonzepten - der DCV im Bereich der stationären Suchtkrankenbehandlung bzw. das DW auf dem Gebiet ambulanter Suchtberatung und -behandlung engagiert. Folge dieser Kompetenz überschreitung bzw. des Eindringens beider Träger in die Domäne des jeweils anderen waren und sind erhebliche Konflikte in deren Zusammenarbeit. Auch die Institutionalisierung der interorganisatorischen Aufgabenspezialisierung durch Gründung des 'Verbandes ambulanter Beratungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e.V. (VABS)' unter Federführung des DCV bzw. durch die organisatorische Anbindung des 'Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V.' (Kasseler Verband) an den 'Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe des DW' konnte die Konkurrenzbeziehungen zwischen den beiden Trägergruppen nicht beseitigen.

Zum Verband ambulanter Beratungsstellen (VABS)

Angesichts der historisch gewachsenen Spezialisierung katholischer Einrichtungsträger auf die ambulante Suchtkrankenbehandlung, insbesondere aber auch unter dem Aspekt der daraus für den DCV erwachsenen erheblichen finanziellen Belastungen (ca. 22,5 Mio. DM/Jahr, vgl.: Tab.: 1), ist der organisatorische Zusammenschluß ambulanter Einrichtungen zum VABS nur folgelogisch. Dabei kommt dem Referat 'Gefährdetenhilfe' beim DCV die Federführung auch im VABS zu, denn die Geschäftsführung in beiden Verbänden wird von stets ein und derselben Person wahrgenommen. Das Interesse des VABS gilt einerseits einer Vereinheitlichung der ambulanten Suchtkrankenhilfe hinsichtlich der Behandlungskonzeptionen und personellen Ausstattung der Einrichtungen; andererseits scheint hinter der Verbandsbildung aber auch die Absicht zu stehen, durch Organisation von Verbandsmacht den Zusammenschlüssen stationärer Einrichtungen, insbesondere dem 'Kasseler Verband' sowie den Kostenträgern geschlossen gegenüberzutreten. 77, Letztere sollen - zur finanziellen Entlastung der Träger ambulanter Einrichtungen - dazu gedrängt werden, im Zuge der Anerkennung ambulanter Suchtkrankenbehandlung die Kosten ambulanter Therapie zu übernehmen (vgl.: III.3.1.). Trotz der zum Teil sehr restriktiven Mitgliedschaftsvoraussetzungen (Richtlinien) des VABS 78, sind gegenwärtig nahezu sämtliche der bundesweit existierenden 450-500 ambulanten Einrichtungen so konzipiert und ausgerüstet, daß sie den Verbandsrichtlinien entsprechen; tatsächlich im VABS organisiert sind aber nur 101 Einrichtungen, d.h. 20,2% aller ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen. Einrichtungen in Trägerschaft des DW sind nicht im VABS vertreten.

Zum "Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke" (Kasseler Verband):

Innerhalb der DHS-Organisation bildet der Kasseler Verband das Pendant zum VABS. Hervorgegangen aus dem Verband für Heilstätten, ist der Kasseler Verband dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe beim DW organisatorisch angebunden. Hinter dem Interesse der evangelischen Hauptträgergruppe an der Verbandsbildung steht dabei nicht nur deren Absicht, die

traditionale Aufgabenspezialisierung evangelischer Trägerorganisationen zu institutionalisieren. Die Konstituierung des Verbandes muß vielmehr unter dem Aspekt der Bildung respektive des Einsatzes von Verbandsmacht gegenüber den Sozialversicherungsträgern, als den Kostenträgern stationärer Suchtkrankenbehandlung, den ambulanten Behandlungsstellen sowie gegenüber den privaten, gewerblich betriebenen stationären Einrichtungen gesehen werden. Ein organisiertes zielgerichtetes Handeln, insbesondere der stationären Einrichtungen in Trägerschaft Frei-gemeinnütziger Organisationen, scheint dabei insofern notwendig, als diese sowohl mit den ambulanten Behandlungsstellen als auch mit den privaten Einrichtungsträgern um Klienten bzw. um die Mittel zur Kostendeckung und Bestandserhaltung der Einrichtungen konkurrieren.

Eine Mitgliedschaft im Kasseler Verband steht grundsätzlich allen Sucht-Fachkrankenhäusern offen, sofern sie sich in Frei-gemeinnütziger oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befinden bzw. insoweit sie als gemeinnützig anerkannt sind. Die Mitgliedschaft verpflichtet die Einrichtungen auf die Einhaltung von Richtlinien (vgl.: § 6 Abs.2 der Satzung) hinsichtlich der therapeutischen Verfahrensweisen sowie der personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung. 77, Ähnlich wie für den VABS läßt sich auch für den Kasseler Verband feststellen, daß von den bundesweit existierenden ca. 200 stationären Einrichtungen nur 52 Einrichtungen (ca. 25%) dem Kasseler Verband angehören (und damit von der DHS vertreten werden), obwohl auch hier beinahe alle Einrichtungen die Mitgliedschaftsvoraussetzungen erfüllen. 80, Innerhalb wie außerhalb der DHS wird die Verhandlungsposition des Kasseler Verbandes jedoch durch die direkte Konkurrenz mit dem 'Fachverband Sucht e.V.' begrenzt. Dieser ist als Mitgliedsverband dem DPWV angeschlossen, vereinigt jedoch in der Hauptsache private, gewerblich betriebene und anerkannte Sucht-Fachkliniken auf sich (zu den wirtschaftlichen Strukturen im Suchtkrankensbereich vgl.: Ill.2.2.3.2.). Der Fachverband Sucht e.V. gehört zwar selbst nicht der DHS an, als Mitglied im DPWV wird er aber durch diesen in der DHS vertreten.

Träger	Anzahl ambulanter Beratungsstellen*	davon Mitglied im VABS**
AWO	6 (1,15 %)	1 (0,2 %)
DCV	246 (49,24 %)	86 (17,2 %)
DW	181 (36,26 %)	--
DPWV	11 (2,29 %)	7 (1,4 %)
sonst. gemein - nützzig. Vereine	42 (8,40 %)	5 (1,0 %)
Land / Kommune / Bezirk	11 (2,29 %)	1 (0,2 %)
mehrere verschiede- ne Träger	2 (0,38 %)	1 (0,2 %)
SUMME (rd.) :	500 (100 --%)	101 (20,2 %)

Tab.: 3

* Hochgerechnet auf rd. 500 BST

** Quelle: VABS - Verzeichnis 1984 und Fortschreibung 1985

Träger	Anzahl stationärer Einrichtungen *	davon Mitglied im "Kasseler Verband" **
AWO	4	--
DCV	23	10
DW	23	22
DPWV	42	4
sonst. gemeinn. Träger (DRK, JW)	3	--
Fachverb. Sucht eV. (Mitgl. im DPWV)	21	--
öffentl.- rechtl. (Landeskranken Häuser)	35	6
sonst. (private) Träger	191	10
SUMME (rd.) :	342	52

Tab.: 4

* Eigene Auszählung der Daten nach Angaben der Verbände und Dokumentenanalyse

** Quelle: Verzeichnis der Fachkrankenhäuser / Heilstätten für Suchtkranke, Ausgabe 1984

Trotz der verbandlichen Abgrenzung und Institutionalisierung von Arbeitsschwerpunkten, insbesondere zwischen dem DCV und dem DW, verzichten die Verbände nicht darauf, jeder für sich sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen zu unterhalten sowie die daraus resultierenden, zum Teil erheblichen finanziellen Doppelbelastungen (bei Nicht-Auslastung der Fachkliniken) auf sich zu nehmen. Das erklärt sich zum einen mit der Notwendigkeit der Bereitstellung eines pluralen Leistungsangebotes bzw. mit dem Hinweis auf das Wahlrecht des Klienten. Zum anderen aber scheint das Konzept der 'Therapie-kette' ¹¹, die Konkurrenz zwischen den Verbänden zu forcieren und darauf hinzuwirken, daß die einzelnen Trägerorganisationen nicht darauf verzichten können, sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen zu unterhalten. Dabei entspricht es dem Prinzip der Therapie-kette, daß der stationären Behandlung in einem Fachkrankenhaus eine ambulante Beratung und/oder Behandlung vorgeschaltet ist. Im Anschluß an die ambulant erbrachten Maßnahmen vermitteln die Beratungsstellen den Klienten i.d.R. in eine stationäre Einrichtung, wobei es (vordergründig) der Beratungsstelle überlassen bleibt, sowohl dem Klienten als auch dem Kostenträger bestimmte stationäre Therapieeinrichtungen zur Einweisung vorzuschlagen (vgl.: III.3.1.). Dabei werden die ambulanten Einrichtungen von ihren Trägerorganisationen dazu angehalten

- weniger unter dem Aspekt einer aufeinander abgestimmten Behandlungskonzeption, als vielmehr unter dem Gesichtspunkt der Kostendeckung - bevorzugt jene Fachkliniken auszuwählen, die dem gleichen Trägerverband angehören wie die Beratungsstelle selbst. Mit anderen Worten: würde z.B. das DW ganz auf ambulante Beratungsstellen verzichten, würden wahrscheinlich auch die dem DW angeschlossenen Fachkliniken weniger häufig belegt werden (und der Verband mangels Kostendeckung der stationären Einrichtung finanziell erheblich belastet werden). Andererseits würden durch den Verzicht eines Trägers auf stationäre Einrichtungen dessen ambulante Beratungsstellen in die Position von bloßen Durchgangsstationen gedrängt werden und als solche lediglich in den Dienst der stationären Einrichtungen anderer Träger genommen werden.

Da in Zukunft die Krankenversicherungsträger die Kosten am-

bulanter Suchtkrankenbehandlung übernehmen werden, wird sich die Konkurrenz um Klienten und Kapazitätsauslastung zwischen den Verbänden auch zu einem Wettbewerb zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen innerhalb eines Verbandes ausweiten. Mit der Finanzierung ambulanter Therapie durch die Sozialversicherungsträger wird sich das Interesse der ambulanten Einrichtungen dann darauf konzentrieren - sowohl unter dem Aspekt der finanziellen Entlastung des Einrichtungsträgers als auch unter dem Blickwinkel der Erweiterung des Handlungsspielraumes der Mitarbeiter in der Einrichtung - möglichst viele Klienten in der Ambulanz zu halten und therapeutisch zu versorgen. Längerfristig dürfte damit zu rechnen sein, daß immer weniger Klienten in stationäre Maßnahmen vermittelt werden. Dabei ist zu vermuten, daß die ambulanten Stellen nur noch die verbleibenden Problemfälle unter den Klienten an stationäre Einrichtungen innerhalb ihres Verbandes überweisen. Folge dieses schon eingeleiteten Umstrukturierungsprozesses sind Macht- bzw. Existenzkämpfe innerhalb und zwischen den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege. Die Kampfarena bildet dabei die DHS, wobei sich im VABS und im Kasseler Verband die Interessen der Wohlfahrtspflege polarisieren.

2.1.4. Organisation der Verbände auf Landes- und lokaler Ebene

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, daß die Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene nahezu identisch ist mit derjenigen auf Bundesebene. Während die Bundesverbände mit ihren jeweiligen Fachreferaten in der DHS organisiert sind, haben sich die entsprechenden Referate der Landesverbände der Freien Träger in den 'Landesstellen gegen Suchtgefahren' (LST) zusammengeschlossen. (Die LST bilden zugleich den Fachausschuß der Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege). Der organisatorische Aufbau der LST entspricht dabei weitestgehend dem der DHS. Als rechtlich selbständige Einrichtungen sind die LST der DHS nicht nachgeordnet, so daß die DHS gegenüber den LST keine Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse geltend machen kann. Eine Zusammenarbeit zwischen den LST und der DHS erfolgt jedoch auf der Ebene der Geschäftsführer in der 'Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen gegen die Suchtgefahren'; der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft ist Mitglied im Vorstand der DHS.

Wird die DHS-Geschäftsstelle zu einem wesentlichen Teil aus Mitteln des BMJFG finanziert, so sind es bei den LST die jeweiligen Landesregierungen, die mit einer Fauschalförderung bzw. mit der Übernahme von Personal - und Sachkosten entscheidend zu deren Finanzierung beitragen. 22,

Aufgabe der LST ist es, die Aktivitäten der in ihr zusammengeschlossenen Verbände zu fordern und zu koordinieren sowie deren gemeinsame Interessen gegenüber den Landesregierungen und der Öffentlichkeit zu vertreten. Dabei werden die regional tätigen ambulanten und stationären Einrichtungen von ihren jeweiligen Trägerorganisationen in der LST bzw. gegenüber den öffentlichen Trägern vertreten. Auch innerhalb der LST sind die mit den Praxisproblemen vertrauten Mitarbeiter der Einrichtung vor Ort nicht am Entscheidungsfindungsprozeß beteiligt. Wenn überhaupt, dann ergibt sich für die Mitarbeiter in den Suchtberatungsstellen die Möglichkeit zu einer Mitarbeit in den LST nur über die Mitwirkung in den ver-

schiedenen Arbeitskreisen (AK) der LST (z. B. AK 'Suchtprophylaxe', AK 'Abstinenzverbände', AK 'Jugend und Drogen' etc.); deren politische Einflußchancen müssen aber als gering eingestuft werden.

Auf lokaler Ebene ist eine Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen kaum institutionalisiert. Nur sehr selten finden sich in den Kommunen die Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen zu Arbeitsgemeinschaften und zum Informationsaustausch (z.B. innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften) zusammen. Die Situation vor Ort ist vielmehr entscheidend geprägt durch die Konkurrenz der Einrichtungen um Klienten und Finanzen.

2.2. Private Trägerorganisationen

2.2.1. Voraussetzungen der Mitwirkung privater Träger

Bis vor wenigen Jahren beteiligten sich an der politisch-administrativen und medizinisch-sozialtherapeutischen Bearbeitung des Suchtmittelmißbrauchs fast ausschließlich nur die öffentlichen Träger und die beiden großen konfessionellen Wohlfahrtsverbände. Während die Wohlfahrtsverbände ihr historisch gewachsenes Engagement in der Bekämpfung und Behandlung des Alkoholismus fortsetzten, waren es zunächst nur die öffentlich zuständigen Instanzen, die sich mit dem Anwachsen des illegalen Drogenmißbrauchs einem zunehmenden politischen Handlungsdruck ausgesetzt sahen und daraufhin im Rahmen von 'Modellprogrammen' sowohl Einrichtungen zur Betreuung von Drogenkonsumenten finanziell förderten als auch mit den Mitteln und Methoden zu deren Behandlung experimentierten. Als Folge dieser Bemühungen ist die Problembearbeitung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs nunmehr auch für private Dienstleistungsproduzenten handhabbar (administrativ erfassbar) und in ihren Risiken kalkulierbarer geworden. Sowohl durch die Berechenbarkeit der Suchtgenese (Typologie des Suchtverlaufs, Klassifikation von Suchtpersönlichkeiten, Entwicklung von Therapiemanualen etc.), deren professioneller und weitgehend routinisierbarer Bearbeitung sowie der verbindlichen Kostenregelung (Pflegesatzvereinbarungen) bei stationärer Suchtkrankenbehandlung wagen sich nun auch zunehmend private, kommerziell orientierte Träger auf den Sucht- bzw. Therapiemarkt. Die Privatisierung und Vermarktung des medizinisch-sozialtherapeutischen Bereichs der Drogenpolitik durch private Träger, die sich vorwiegend in handelsrechtlichen Personal- und/oder Kapitalgesellschaften (Rechtsform: KG, GmbH, GmbH & Co KG) organisiert haben, finden dabei, ebenso wie die privat organisierte Selbsthilfe von Abhängigkeitskranken, ihre ideologische Abstützung in dem Subsidiaritätsprinzip.

Mit den an Profit, Wirtschaftlichkeit und Fallbearbeitung interessierten Gesellschaften auf der einen und den an individualisierender und entprofessionalisierter Hilfe orientierten Selbsthilfegruppe (SHG) auf der anderen Seite stehen

sich zwei unterschiedlich motivierte Typen von privaten Trägern in der Drogenpolitik gegenüber, die zwar zueinander in Konkurrenz treten, sich aber auch zum Teil in ihrem Leistungsangebot ergänzen. Nachfolgend wird zunächst auf die Selbsthilfeinitiativen, dann auf die expandierende gewerbliche Suchtkrankenhilfe privater Therapiegesellschaften eingegangen.

2.2.2. Selbsthilfeinitiativen

2.2.2.1. Entwicklung der Selbsthilfe im Suchtkrankenenbereich

Zur allgemeinen Definition von SHG und deren Abgrenzung gegenüber den institutionalisierten und professionell geführten Einrichtungen im Suchtbereich kann auf die in der Literatur herangezogenen Kriterien zurückgegriffen werden (vgl.: z.B. die verschiedenen Beiträge in Kickbusch, J. Trojan, A. es,). In Anlehnung an das Klassifikationsschema von Winkelvoss, Itzwerth und Trojan es, zeichnen sich die Selbsthilfeinitiativen durch eine Reihe gemeinsamer Merkmale aus. Diese sind:

- "Betroffenheit (der Mitglieder) durch ein gemeinsames Problem
- gemeinsames Ziel: Selbst- und/oder soziale Veränderung
- Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe." es

Entsprechend der in den letzten 10-15 Jahren in allen gesellschaftlichen Bereichen immer stärker expandierenden Selbsthilfebewegung, haben sich auch auf dem Gebiet der Suchtkrankenversorgung Selbsthilfeinitiativen gebildet, die mit der Rehabilitation und Resozialisierung Abhängigkeitskranker befaßt sind.

In der Bundesrepublik stand am Anfang der Selbsthilfebewegung im allgemeinen, speziell aber im Suchtbereich, die Selbsthilfeinitiative der 'Anonymen Alkoholiker' (AA), deren Selbsthilfekonzent von jeher an den Prinzipien ausgerichtet war (ist), die heute als die wesentlichen Kennzeichen von SHG (s.o.) angesehen werden (1960 erste Gruppe der AA in der Bundesrepublik). es. Mit dem Anwachsen der Folgeprobleme aus dem illegalen Drogenmißbrauch wurde Anfang der 70er Jahre das in der Bundesrepublik bis dato ausschließlich auf die Alkoholismusproblematik bezogene Selbsthilfeprinzip der AA den spezifischen Problemstellungen des illegalen Drogenkonsums angepaßt und von den damals ersten Drogenberatungs- und Rehabilitationseinrichtungen überhaupt, den Release-Initiativen, auf die Rehabilitation von Konsumenten illegaler Drogen übertragen. es. Das Selbsthilfekonzent der Release-'Bewegung' war dabei Ausdruck eines tiefen Mißtrau-

ens gegenüber den institutionalisierten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bzw. gegenüber den professionellen Suchttherapeuten; "Der ideale Helfer war der Ex-User, jemand der seine Sucht mit eigener Hilfe oder der vom verständnisvollen und solidarischen anderen bewältigt hatte". 66,

Schon dieser kurze Rückblick auf die Anfänge der medizinisch-sozialtherapeutischen Problembearbeitung läßt erkennen, daß die gegenwärtige Suchtkrankenversorgung ihren Ausgangspunkt in den Selbsthilfeinitiativen der frühen 70er Jahre findet. Im Zuge der Bemühungen um eine systematische wissenschaftlich angeleitete Aufarbeitung von Therapiekonzepten ist jedoch von der Selbsthilfetradition in der Suchtkrankenversorgung nur noch wenig übriggeblieben. 67, Inso- weit die Selbsthilfeinitiativen inzwischen nicht vollständig von den professionellen Großorganisationen in der Suchtkrankenversorgung verdrängt worden sind, beschränkt sich ihr Engagement in der Regel nur noch auf den Nachsorgebereich im Anschluß an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik. Hier allerdings übernehmen sie mit dem Ziel der Absicherung des therapeutischen Erfolges komplementäre Aufgaben und schließen die Versorgungslücke, die die professionalisierten Institutionen, angesichts der bislang noch ungeklärten Kostenträgerschaft bei therapeutischen Nachsorgemaßnahmen (vgl.: III.3.2.4.), hinterlassen haben. Entsprechend ihrer Bedeutung als letztes Glied in der Behandlungskette werden die Selbsthilfeinitiativen zusehends stärker in das institutionalisierte System der Suchtkrankenversorgung integriert.

Innerhalb der Suchtkrankenhilfe lassen sich zwei Typen von Selbsthilfeinitiativen ausmachen. Zum einen handelt es sich dabei um 'ambulant' arbeitende lokale Selbsthilfegruppen, zum anderen um (teil-) stationär organisierte Selbsthilfe. Da sich für beide Selbsthilfetypen unterschiedliche Konsequenzen hinsichtlich deren Integration und Autonomie innerhalb des Systems der Suchtkrankenversorgung ergeben, sollen beide Erscheinungsformen der Selbsthilfe nachfolgend getrennt behandelt werden.

2.2.2.2. Integration und Vereinnahmung ambulant organisierter Selbsthilfeinitiativen

Die Mitglieder der auf lokaler Ebene ambulant arbeitenden Selbsthilfegruppen sind sowohl die Abhängigkeitskranken selbst als auch deren Angehörige. Soweit in Erfahrung zu bringen war, entspringen die meisten dieser Gruppen Gründungen der Initiative professioneller Drogenberater in den ortsansässigen Suchtberatungsstellen, wobei dies insbesondere dann der Fall zu sein scheint, wenn es gilt, die schon oben angesprochenen Versorgungslücken im nach-stationären Bereich zu schließen. 70. Dabei erweisen sich die Gruppen Gründungen sowohl für die an einer stationären Langzeitbehandlung interessierten Rehabilitanden als auch für die die Therapie vermittelnden Drogenberatungsstellen als notwendige Voraussetzung für die Umsetzung und Finanzierung von Therapiekonzepten. Die Notwendigkeit der Gründung und Institutionalisierung einer Nachsorge-Selbsthilfegruppe begründet sich dabei daraus, daß die Sozialversicherungsträger den Antrag auf Kostenübernahme zur Durchführung bei einer stationären Langzeitbehandlung nur unter der Voraussetzung bewilligen, daß sich die Betroffenen mit der Antragstellung vorab schriftlich verpflichten, sich nach Beendigung der stationären Maßnahmen einer Nachsorge-Selbsthilfegruppe anzuschließen. Dabei hat der Rehabilitand gegenüber den Sozialversicherungsträgern den Nachweis seiner Mitgliedschaft in einer SHG zu erbringen. Vermag er seine Teilnahme nicht nachzuweisen, kann er von den Sozialversicherungsträgern für die Kosten der Therapie haftbar gemacht werden und/oder verliert im Falle eines Rückfalls den Anspruch auf eine erneute Rehabilitationsmaßnahme. 71. Zwangsmitgliedschaft sowie die Aufhebung der Anonymität in der Gruppe, als Folge der Nachweispflicht, führen dann nicht nur das Selbsthilfekonzept ad absurdum, sondern haben insbesondere zur Konsequenz, daß sich die jeweiligen SHG um eine (offizielle) Anerkennung als Nachsorge-Selbsthilfegruppe bemühen müssen. Eine Art 'Bürgerschaft' für die Nachsorgegruppe übernehmen dabei die professionellen Drogenberater; dies jedoch nur insoweit, wie die Gruppe in Kontakt zu einer ambulanten Beratungsstelle steht bzw. sich auf eine Zusammenarbeit mit dieser einläßt. Dadurch, daß von den professionellen Suchtexperten i.d.R. die

Initiative zur Gründung einer Nachsorgegruppe ausgeht bzw. die Gruppenbildung von professionellen Helfern angeleitet wird und diese über die Vermittlung neuer Mitgliedschaften auf die Zusammensetzung und Fluktuation in der Gruppe einwirken, nehmen die professionellen Helfer mehr oder weniger auch (kontrollierend) Einfluß auf Organisation und Art der Leistungsproduktion in der SHG.

Über diese professionellen 'Serviceleistungen' hinaus werden die Nachsorgegruppen zur Deckung ihrer Sachkosten zum Teil auch mit finanziellen Mitteln von den Drogenberatungsstellen unterstützt. Als eigentliche Finanzmittelquelle erweisen sich jedoch nicht die Etats der Beratungsstellen, sondern vielmehr entstammen die Gelder Spenden (z.B. einmalige Spende von den Sozialversicherungsträgern, den Wohlfahrtsverbänden, Bußgelder etc.), die dann von den jeweiligen Drogenberatungsstellen verwaltet und über diese an die ihr bekannten und für unterstützungswürdig befundenen Nachsorgeorganisationen vermittelt werden. Eine Anbindung der SHG an eine ambulante Beratungsstelle erweist sich somit nicht nur mit Blick auf die Kostenträger als notwendig, sondern erfolgt auch unter dem Aspekt der Kostendeckung bzw. dem der Sicherung einer kontinuierlichen Arbeit der Selbsthilfeinitiative.

Zwischen den verschiedenen Nachsorgegruppen innerhalb einer Kommune bestehen nur selten intensivere Kontakte. Dies mag zum einen dadurch bedingt sein, daß die Außenkontakte der Nachsorgegruppe häufig in Vertretung durch die Drogenberatungsstellen wahrgenommen werden, zum anderen scheinen aber auch die unterschiedlichen Gruppenprozesse (-ziele) eine Kommunikation und Koordination zwischen den SHG zu verhindern. Mit Ausnahme der AA und der Elternkreise Drogenabhängiger sind die Sucht SHG kaum überregional organisiert. Obwohl sie in dem System der institutionalisierten Suchtkrankenversorgung wichtige komplementäre Aufgaben übernehmen, büßen sie in Ermangelung einer übergeordneten Organisation an politischer Handlungsfähigkeit ein. Ihre Verhandlungsposition verbessert sich auch dadurch nur unwesentlich, daß die meisten Selbsthilfeinitiativen längerfristig die Rechtsform des 'eingetragenen Vereins (e.V.)' annehmen. Dies hat zwar den unbestreitbaren Vorteil einer möglichen

finanziellen Förderung durch die öffentlichen Träger der Drogenpolitik, hat aber ansonsten keine Konsequenzen hinsichtlich deren politischer Einflußchancen. Insoweit es die Heterogenität der Gruppen (-ziele) überhaupt möglich werden läßt, erreichen die meisten SHG über die Mitgliedschaft in einem Wohlfahrtsverband (i.d.R. ist dies der DFWV) eine Vertretung ihrer Interessen in den beiden drogenpolitisch relevanten Institutionen der Drogenpolitik, der DHS und dem 'Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten'. Dabei bleibt auch hier anzumerken, daß die advokatorische Interessenvertretung der SHG durch den Wohlfahrtsverband eine unmittelbare Partizipation der Betroffenen auf politischer Ebene verhindert. Obwohl mit der Anbindung an einen Freien Träger die Autonomie der Sucht-SHG zusätzlich eingeengt wird, bemühen sich immer mehr SHG um eine Verbandsmitgliedschaft, konkret im DFWV. Die Vorteile einer dedizierten Rechtsberatung, die Erschließung von Finanzquellen etc. im Rahmen der allgemeinen Serviceleistungen des Verbandes, scheinen offenbar die Nachteile des Autonomieverlustes zu überwiegen.

2.2.2.3. Disqualifikation stationär organisierter Selbsthilfe

Im Gegensatz zu den ambulant arbeitenden SHG fügt sich die (teil-) stationär organisierte Selbsthilfe nicht so konfliktlos in das System der Suchtkrankenversorgung ein. Selbsthilfeinitiativen dieses Typs werden vielmehr von den professionellen Institutionen als Konkurrenz erlebt und bekämpft. Wenngleich auch die Kostenbelastung einer in Selbsthilfe durchgeführten stationären Maßnahme unter dem Kostenniveau einer professionell erbrachten Langzeitbehandlung liegt ⁷²⁾, so übersteigt doch die Höhe der Aufwendungen für die stationäre Unterbringung die Möglichkeiten der Rehabilitanden, die Sachkosten aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Stationär organisierte Selbsthilfe ist demnach im Gegensatz zur ambulant durchgeführten Selbsthilfe uneingeschränkt auf die Anerkennung und Finanzierung der Maßnahmen durch die Sozialhilfe- bzw Sozialversicherungsträger angewiesen. Diese erklären sich aber nur dann zur Kostenübernahme bereit, wenn die Selbsthilfeeinrichtung den von den Rentenversicherungsträgern formulierten 'Anerkennungsvoraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung für Abhängigkeitskranke' entspricht. Diese sehen aber unter anderem vor:

- "Die Einrichtung muß ein wissenschaftlich begründetes Therapieangebot vorlegen, (...)
- In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene Ärzte, Diplom-Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten zur Verfügung stehen
- Sie sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben (...), z.B. Gesprächstherapie nach Rogers, Verhaltenstherapie, Psychodrama, etc.
- Die Einrichtung muß einen ärztlichen Leiter haben Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein (...)
- Die Einrichtung muß einen ausgebildeten Psychotherapeuten haben, (...) "
- Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 Patienten, bei Drogenabhängigen für jeweils 6-7 Patienten einer der (o. zit.) Therapeuten zur Verfügung stehen
- Die regelmäßige Fortbildung des therapeutisch tätigen Per-

sonals ist sicherzustellen.

- Die Einrichtung muß im medizinischen Bereich ausreichend viel ausgebildetes Pflegepersonal (...) haben
- Der Einrichtung muß ein ständig funktionsfähiges, nach den anerkannten Regeln der inneren und äußeren Qualitätskontrolle arbeitendes, medizinisch-technisches Laboratorium (...) zur Verfügung stehen" →3,

Daß sich diese Anerkennungs- bzw. Finanzierungsvoraussetzungen in keiner Weise mit den Prinzipien der Selbsthilfe vereinbaren lassen, bedarf hier wohl keiner weiteren Ausführungen mehr.

Wenn trotz dieser Unterschiede zwischen der Selbsthilfekonzeption und den Anerkennungsbedingungen der Kostenträger vereinzelt stationäre Maßnahmen in Selbsthilfe erbracht werden können, so wird dies nur dadurch möglich, daß im Gegensatz zu den Sozialversicherungsträgern die Sozialhilfeträger bei der Auswahl und Belegung von stationären Nachsorge-Einrichtungen den Anerkennungsbedingungen nicht verpflichtet sind. Entgegen der Leistungsbeschränkung der Sozialversicherungsträger auf ausschließlich solche am medizinischen Krankheitsbegriff festgemachten Maßnahmen zur 'medizinischen Rehabilitation' liegt den Entscheidungen der Sozialhilfeträger die durch das BSHG definierte 'Hilfsbedürftigkeit' zugrunde. Während somit die Sozialversicherungsträger die stationär arbeitenden Selbsthilfe-Einrichtungen grundsätzlich nicht als Therapiestätten akzeptieren, liegt es im Ermessen der Sozialhilfeträger, ob und inwieweit sie die stationär organisierten Selbsthilfeinitiativen anerkennen und durch Pflegesatzvereinbarungen finanziell unterstützen. Soweit überhaupt von dieser Möglichkeit der Anerkennung Gebrauch gemacht wird, ergeben sich daraus jedoch keine allgemein verbindlichen Regelungen.

Obwohl stationär durchgeführte Selbsthilfe auf mindestens gleichwertige Ergebnisse hinsichtlich der Rehabilitationserfolge und Kostenkalkulation verweisen kann wie die professionellen Einrichtungen, hat dies weder die Kostenträger veranlaßt, ihre starre Haltung gegenüber stationär geleisteter Selbsthilfe zu überdenken, noch haben sich auf Seiten der professionellen Suchtexperten Fürsprecher für die sta-

tionäre Selbstrehabilitation gefunden. Im Gegensatz zur ambulant geleisteten Selbsthilfe in der therapeutischen Nachsorge wird die stationär organisierte Selbsthilfe von professionellen Suchttherapeuten als dilettantisch und erfolglos abqualifiziert. 74) Professionelle Hilfe tritt hier in Konkurrenz zu einer mit der Selbstrehabilitation intendierten Laisierung der stationären Suchtkrankenbehandlung. Sowohl unter dem Druck der professionellen Konkurrenz als auch unter dem Aspekt der restriktiven Anerkennungsvoraussetzungen der Kostenträger scheint sich inzwischen die Mehrzahl der Selbsthilfegruppen im stationären Bereich der professionellen Struktur der Suchtkrankenhilfe angepaßt zu haben. Mit der Abkehr vom 'klassischen' Selbsthilfekonzzept und der Hinwendung zum Prinzip der 'Hilfe zur Selbsthilfe' (Therapeutische Wohngemeinschaften), das neben der Gruppe der Selbst-Rehabilitanden mitunter auch eine Gruppe von professionellen Suchttherapeuten umfaßt 75), haben sich die Professionals ihre Domäne sichern können.

Die eigentlichen Gründe für den massiven Verdrängungswettbewerb zwischen der Selbsthilfebewegung, den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und der gewerblich orientierten professionellen Suchtkrankenhilfe - der schon längst zugunsten der Privatwirtschaft entschieden wurde (ca. 56% der Fachkliniken sind in privater Hand) - werden jedoch erst vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Strukturen der privaten Therapiegesellschaften verständlich.

2.2.3. Gewerbliche Suchtkrankenhilfe (Therapiegesellschaften)

2.2.3.1. Allgemeine Rahmenbedingungen

Ohne über genaues Datenmaterial zu verfügen, schätzen Experten aus der Drogenpolitik, daß sich heute die meisten der stationären Langzeittherapiestätten (Kurz- bzw. Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigen, TWG's für jugendliche Drogenabhängige) in privater Trägerschaft befinden. Das Fehlen des Datenmaterials über das inzwischen erreichte Ausmaß der Privatisierung und Vermarktung der Drogenpolitik scheint sich dabei zum einen über die Intransparenz der wirtschaftlichen Strukturen der Unternehmensverschachtelungen zu erklären; zum anderen ergeben sich aus der Privatisierung und gewerblichen Nutzung der Suchtkrankenhilfe fragwürdige drogenpolitische Konsequenzen, deren öffentliche Thematisierung nicht im Interesse der dafür Verantwortlichen liegen kann.

Die rechtliche Grundlage für die expandierende gewerbliche Suchtkrankenversorgung liefert §30 GewO über die Genehmigung zur Errichtung von Privatkankeanstalten. Mit diesem Gesetz wird es praktisch jedermann möglich (mit oder ohne entsprechend qualifizierende Ausbildung), eine Fachklinik bzw. TWG für Suchtkranke zu errichten und diese - insoweit sie den Anerkennungs Voraussetzungen der Sozialversicherungsträger entspricht - über die Abrechnung von Pflegesätzen zu finanzieren. Die Pflegesätze sind so kalkuliert, daß die Einrichtungen bei Auslastung ihrer Bettenkapazitäten zumindest kostendeckend arbeiten können. Größere Gewinnspannen, die eine gewerblich betriebene Suchtkrankenhilfe für die privaten Träger zu einem lohnenden Geschäft werden lassen, sind jedoch allein über die Pflegesatzvergütungen nicht denkbar. Um verstehen zu können, wie der gewerbliche Therapiemarkt funktioniert bzw. wie und warum die Drogenpolitik für private Träger zu einem lukrativen Investitionsobjekt geworden ist, sollen zunächst in Stichworten einige juristischwirtschaftliche Faktoren aufgeführt werden; dabei wird auf die am häufigsten anzutreffende Gesellschaftsform der Suchtkliniken sowie auf die sich daraus herleitenden Folgen für die

gewerbliche Suchtkrankenhilfe Bezug genommen:

In der Regel handelt es sich bei den gewerblich geführten Suchtfachkliniken um Kommanditgesellschaften (KG) bzw. um deren Variante einer GmbH & Co KG. Sie ist keine juristische Person und kann aufgrund ihrer Rechtsform nicht gemeinnützig sein, da Gemeinnützigkeit im Sinne des Steuerrechts lediglich eine juristische Person erlangen kann.

Der Kapitalfonds einer KG wird gebildet von Kommanditisten und Komplementären. Kommanditisten sind dabei diejenigen Gesellschafter, die in Höhe ihrer Vermögenseinlage beschränkt gegenüber den Gesellschaftsgläubigern haften - sie sind von der Geschäftsführung ausgeschlossen. Bei den Komplementären handelt es sich um Gesellschafter, die gegenüber den Gesellschaftsgläubigern persönlich und unbeschränkt haften und für die Gesellschaft die Geschäftsführung ausüben, d.h. Investitions - und Beschaffungsentscheidungen treffen sowie über die Auftragsvergabe an Dritte entscheiden. Komplementär kann auch eine juristische - u.U. als gemeinnützig anerkannte - Person (GmbH, AG, e.V.) sein, was dann z.B. in der Rechtsform der GmbH & Co KG zum Ausdruck kommt ♣♣.

2.2.3.2. Wirtschaftliche Strukturen gewerblicher Suchtkrankenhilfe

Wie schon erwähnt, sind die privaten Fachkliniken für Suchtkranke unter der Rechtsform von Kommanditgesellschaften organisiert, wobei der Komplementär der Klinik zugleich auch direkt oder indirekt Komplementär oder Kommanditist einer branchenfremden Zuliefer- bzw. Dienstleistungs-firma der Klinik ist (Einkaufsgenossenschaften, Bauunternehmen etc.). Mit ihren Beteiligungen an den Klinikfonds kaufen sich die privaten Unternehmen (in der Regel handelt es sich um GmbHs) auf der Ebene der Eigentümer in die Geschäftsführung der Kurkliniken bzw. TWGs ein (vgl.: Abb. 7). Aus dieser Position, aus der heraus sie über Investitions- und Beschaffungsmaßnahmen der Einrichtung sowie über die Auftragsvergabe an Dritte entscheiden, verschaffen sie sich selbst bzw. der hinter ihnen stehenden Unternehmensgruppe, meist unter Zwischenschaltung von Treuhandgesellschaften, nicht nur die Aufträge, sondern sind darüber hinaus auch in ihrer Preiskalkulation weitestgehend frei. Die Gewinne der gewerblichen Suchtkrankenhilfe entstehen infolgedessen nicht aus dem Betrieb der Fachkliniken, sondern sie sind vielmehr im Zusammenhang mit den

Zulieferfirmen der Einrichtungen zu sehen; die Fachkliniken werden dabei von den privaten Trägern lediglich als Instrumente der Auftragsbeschaffung benutzt $\rightarrow$. Mit anderen Worten: Im Vordergrund des Interesses der privatwirtschaftlich geführten Suchtfachkliniken steht nicht die an der Hilfebedürftigkeit der Klienten ausgerichtete medizinisch-sozialtherapeutische Dienstleistungsproduktion, sondern die Auftragsbeschaffung für branchenfremde Unternehmen. Die privaten Klinikträger sind infolge ihrer primär am Gewinn ausgerichteten Handlungsorientierung nur insoweit an dem eigentlichen Klinikbetrieb interessiert, wie ein hoher Auslastungsgrad der Einrichtung einerseits zu deren Kostendeckung beiträgt sowie andererseits über den Umfang von Investitions- und Beschaffungsmaßnahmen mit entscheidet. Entsprechend diesem betriebswirtschaftlichen Kalkül wirken dann sowohl das therapeutische Ziel einer langfristigen Sicherung des Therapieerfolges (Verringerung von Rückfallquoten) als auch Behandlungskonzeptionen, die darauf abzielen, eine stationäre

Unterbringung gänzlich überflüssig werden zu lassen (z.B. im Sinne einer Methoden-Maintenance-Therapie), dem eigentlichen Unternehmensziel entgegen.

Eine noch weiterreichende drogenpolitische Bedeutung erreichen schließlich die privaten, gewerblich orientierten Träger dann, wenn sie sich durch Bildung und Zwischenschaltung einer als gemeinnützig anerkannten Gesellschaft (vgl.: Abb. 7) über die Wohlfahrtsverbände nicht nur Zugang zum Therapiemarkt, sondern vielmehr auch zu den drogenpolitisch relevanten Institutionen verschaffen. Erst die Konstituierung einer als gemeinnützig anerkannten Gesellschaft ermöglicht nämlich den privaten Trägern eine Mitgliedschaft bei einem Wohlfahrtsverband (i.d.R. beim DPWV). Einer solchen Mitgliedschaft kommt dabei insofern eine entscheidende Bedeutung zu, als es den privaten Unternehmen hierüber möglich wird, in der DHS und/oder im Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten als den beiden zentralen drogenpolitischen Institutionen Einfluß zu nehmen auf die Ausgestaltung der Drogenpolitik, insbesondere aber auf die Politikplanung im Therapiebereich.

Obwohl die privaten Träger mit ihrer Unternehmensstrategie massiv in die Domäne der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege eindringen, ist deren Reaktion hierauf eher ambivalent. Einerseits sind die einzelnen Verbände an einer Verbandsmitgliedschaft privater Therapiegesellschaften interessiert; dies um so mehr, als die enormen Bettenkapazitäten der privaten Therapieträger die Selbstdarstellung und Verhandlungsposition der Verbände zu verbessern helfen. ~~→~~ Auf der anderen Seite stellt aber die expandierende gewerbliche Suchtkrankenhilfe für die stationären Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege eine wachsende und zunehmend auch bestandsgefährdende Konkurrenz dar; dies sowohl unter dem Gesichtspunkt der Bildung von überkapazitäten in der Suchtkrankenversorgung als auch unter dem Aspekt der Rekrutierung von qualifiziertem, namentragenden therapeutischen Personal. Angesichts der weitgehenden Angleichung der Einrichtungen hinsichtlich ihrer Ausstattung und therapeutischen Methoden entscheidet nämlich immer häufiger eine 'werbewirksame' personelle Besetzung der Einrichtungen über den Ausgang des

Verdrängungswettbewerbs. Aufgrund der finanziellen Rücken-
deckung der gewerblichen Suchtkrankenhilfe wird es den pri-
vaten Therapieträgern eher möglich, hoch qualifiziertes Per-
sonal von den Verbänden abzuwerben, so daß längerfristig
diese im personellen Wettbewerb der Einrichtungen unterlie-
gen werden. Einziges Gegengewicht der Freien Träger sind
deren ambulante Beratungsstellen, in denen die dort arbei-
tenden Drogenberater von ihren Trägerverbänden dazu angehal-
ten sind, Klienten in verbandseigene Fachkliniken zu vermit-
teln. Diese Methode der verbandsinternen Weitervermittlung
von Klienten verbessert dabei jedoch nur insoweit die Wett-
bewerbsposition der Verbände, wie die ambulanten Drogenbera-
ter den Umwerbungen der privaten Klinikträger widerstehen
(z.B. Einladungen zu mehrtägigen Fort- und Weiterbildungs-
veranstaltungen, wobei die privaten Träger als Veranstalter
für sämtliche Kosten aufkommen). ¶¶

Abschließend kann festgestellt werden, daß durch die hohen Gewinnspannen, die private Unternehmen über die finanziellen
Beteiligungen an Fachkliniken für Suchtkranke in ihren Zu-
lieferfirmen erwirtschaften können, immer mehr private Trä-
ger dazu veranlaßt werden, sich in den Therapiemarkt einzu-
kaufen. Überkapazitäten in der stationären Suchtkrankenver-
sorgung und der kostenaufwendige personelle Wettbewerb
zwischen den Trägern stationärer Einrichtungen werden dabei
langfristig ein Ausscheiden der Wohlfahrtsverbände erzwingen
und die therapeutische Versorgung Suchtkranker zunehmend dem
Spiel von Angebot und Nachfrage überlassen. Erste Konsequen-
zen dieser Entwicklung zeichnen sich schon jetzt mit der
Aufgabe bewährter Therapiekonzeptionen ab, wenn damit eine
höhere Auslastung der stationären Einrichtung erreicht wer-
den kann. Wurde noch bis vor kurzer Zeit eine gemeinsame
Unterbringung und Behandlung von Alkoholabhängigen und ju-
gendlichen Drogenkonsumenten mit dem Hinweis auf gravierende
Unterschiede innerhalb der Klientel aus therapeutischer
Sicht kategorisch abgelehnt und galt es gleichzeitig als ein
therapeutisches Prinzip, ausschließlich szenenfremde jugend-
liche Drogenkonsumenten in eine Einrichtung aufzunehmen, so
finden diese Therapiegrundsätze angesichts wachsender Über-
kapazitäten und mangelnder Auslastung der Fachkliniken kaum
noch Beachtung. Fachkliniken, die sich auf die Behandlung

eines Typs der Suchtmittelabhängigkeit spezialisiert hatten, bemühen sich inzwischen vielmehr um eine Entspezialisierung ihrer Einrichtung und um eine Anerkennung als Fachklinik sowohl für Alkohol - und Medikamentenabhängige als auch für (illegale) Drogenkonsumenten.

3. Die Bedeutung der Kostenträger bei der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen

Vorbemerkung

Angesichts ca. 1,5 bis 1,8 Mill. Alkoholabhängiger, etwa 50-60.000 illegaler Drogen- und schätzungsweise 500.000 Medikamentenabhängiger in der Bundesrepublik ist die Suchtmittelabhängigkeit sowohl von ihrem Umfang als auch von den daraus erwachsenden Kosten der Rehabilitation Suchtkranker her zu einem bedeutenden Problem innerhalb des Systems der sozialen Sicherung geworden; dies gilt insbesondere auch dann, wenn es darauf ankommt, Handlungskompetenzen zwischen den Rehabilitationsträgern abzugrenzen bzw. deren Leistungsangebote zum Zwecke einer umfassenden Versorgung Suchtkranker zu koordinieren. Die sozialrechtliche Thematisierung der Zuständigkeitsfragen zwischen den Rehabilitationsträgern erweist sich dabei stets auch als Kostenfrage: Wer hat für die Kosten der (medizinischen und beruflichen) Rehabilitation aufzukommen? Ein Blick auf die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger allein für die stationäre Entwöhnungsbehandlung zeigt mit welchen Beträgen die Kostenträger in der Suchtkrankenversorgung zu kalkulieren haben, und erklärt mithin auch Kompetenzstreitigkeiten und Kostenträgerwirrwarr in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker.

Die durchschnittlichen Kosten einer sechsmonatigen stationären Entwöhnungsbehandlung betragen:

- bei Alkoholabhängigkeit : ca. 21.000.- DM
- bei Medikamentenabhängigkeit: ca. 23.000.- DM
- bei Drogenabhängigkeit : ca. 26.000.- DM 100%.

Insgesamt entfielen auf die gesetzlichen Rentenversicherungsträger (außer Bundesknappschaft) allein für stationäre Entwöhnungsmaßnahmen Aufwendungen (in Mill. DM) in folgender Höhe:

Abhängigkeitstyp	1980 *	1981 *	1982 * (1. Halbj.)	1984 **
Alkoholabhängig	281	327	146	—
Drogenabhängig	19	25	11	—
Medikamentenabh.	5	4	2	—
Mehrfachabhängig	11	16	8	—
Gesamt: in Mio.DM	316	372	167	456

(Tab.:5)

* Daten entnommen: Erfahrungsbericht über die Anwendung der Empfehlungsvereinbarung von 1982, S.18

**Daten entnommen: BT-Drucksache 10/3540, S.31

Wenngleich die enorme Kostenbelastung aus der Rehabilitation Suchtkranker auch den materiellen Hintergrund für das Zu- ständigkeitssplitting zwischen den Kostenträgern liefert, so tragen die sozial- bzw. versicherungsrechtlichen Regelungen ihr übriges zur Entstehung von Versorgungslücken in der Rehabilitation Suchtkranker bei. Ohne hier auf die rechtlichen Aspekte der Rehabilitation im Detail näher eingehen zu wollen, soll nachfolgend kurz der rechtliche Rahmen abgesteckt werden, aus dem heraus sich die Konsequenzen für die Versorgung Suchtkranker ergeben.

3.1. Versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen

Als Suchtmittelabhängigkeit mit den Symptomen der "Unfähigkeit zur Abstinenz oder dem Verlust der Selbstkontrolle oder dem periodischen Auftreten eines dieser beiden Symptome" ¹⁰¹, sind die Suchtkrankheiten entweder 'Versicherungsfälle' der gesetzlichen Sozialversicherung oder 'Leistungsanlaß' der Sozialhilfe. Trotz dieser doppelten institutionellen Absicherung der Rehabilitationsmaßnahmen hatten Kompetenzstreitigkeiten zwischen den verschiedenen Leistungsträgern in der Vergangenheit zu erheblichen Verzögerungen und Abstimmungsproblemen bei der Bewilligung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen geführt. Erstmals wurde mit der Rentenreform von 1957 die Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherungsträger zur 'medizinischen Rehabilitation' Suchtkranker ausgebaut. Als 1968/69 durch die BSG-Urteile die Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit anerkannt wurde, erklärten daraufhin viele Rentenversicherungsträger (RV) ihre Nicht-Zuständigkeit und entzogen sich der Leistungspflicht zu Lasten der Krankenversicherungsträger. Mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaG) von 1974 wurde diese Zuständigkeitsregelung jedoch wieder aufgehoben und die Krankenversicherungsträger (KV) für die Finanzierung der Suchttherapie in Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184a RVD für nur subsidiär zuständig erklärt, so daß die primäre Leistungsverpflichtung wieder an die RV zurückgegeben wurde. Als Reaktion auf dieses Zuständigkeitswirrwarr und die zum Teil erheblichen Schwierigkeiten bei der Ermittlung des leistungspflichtigen Kostenträgers wurden im Zusammenhang mit der (ab 1974 beginnenden) Gründung regionaler Arbeitsgemeinschaften von Renten- und Krankenversicherungsträgern ¹⁰², erstmals verbindliche Verfahrensvorschriften (Richtlinien) zur Prüfung und Koordination der Rehabilitationsansprüche formuliert. Die Ergebnisse dieser Kooperations- und Koordinationsbemühungen finden ihren Ausdruck in den Regelungen der 1978 bundesweit eingeführten 'Empfehlungsvereinbarung' zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen sowie den im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger zusammengeschlossenen Landesversicherungsanstalten (mit Ausnahme der BfA).

Die 'Empfehlungsvereinbarung' von 1978, die 1982 unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe um die 'Vereinbarung Vorleistung/Drogen' 103, ergänzt wurde, beendete weitestgehend die Kompetenzstreitigkeiten zwischen KV und KV. Organisation und Finanzierung der stationären Entgiftungsbehandlung sind seither den Krankenkassenträgern überantwortet, während die stationäre Entwöhnungsbehandlung (in einer vom Leistungsträger anerkannten Fachklinik) in die vorrangige Zuständigkeit der RV gestellt ist. Organisation und Finanzierung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation obliegen danach der Verantwortung sowohl der RV als auch der Bundesanstalt für Arbeit (vgl.: § 1237b RVO, §§ 5b ff. AfG). Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der KV nicht gegeben, wohl aber die der KV, so ist allein die KV für die Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung zuständig. Bestehen hingegen Leistungsansprüche weder gegenüber der RV noch gegenüber der KV, so sind die überörtlichen Sozialhilfeträger Kostenträger der rehabilitativen Maßnahmen. Können bei der Antragsstellung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Klienten nicht ohne ein zeitaufwendiges Prüfverfahren geklärt, d.h. der leistungspflichtige Kostenträger ermittelt werden, so werden seit der 'Vereinbarung Vorleistung/Drogen' von 1982 Wartezeiten für den Klienten dadurch vermieden, daß die RV-Träger bis zur endgültigen Klärung der Kostenträgerzuständigkeit bei der Finanzierung der einzuleitenden Maßnahme in Vorlage gehen.

104)

Obwohl mit der 'Empfehlungsvereinbarung' einschließlich der 'Vereinbarung Vorleistung/Drogen' eine für alle beteiligten Leistungsträger akzeptable Abgrenzung von Zuständigkeitsbereichen erreicht werden konnte, gilt es zu beachten, daß sich auf der Rechtsgrundlage der RVO diese Vereinbarungen ausschließlich auf Maßnahmen zur 'medizinischen Rehabilitation' beschränken. Bei Zugrundelegung des in der Drogenpolitik und -therapie für verbindlich erklärten Behandlungskonzeptes der 'Therapiekette', in dem die stationäre Versorgung Suchtkranker eben nur ein Glied in einer aufeinander bezogenen Kette von Prävention, ambulanter Beratung und Behandlung sowie therapeutischer Nachsorge darstellt, bleiben trotz der

Empfehlungsvereinbarung zwischen den Kostenträgern noch wesentliche Elemente in der Suchtkrankenversorgung von der Leistungspflicht der Sozialversicherungsträger ausgegrenzt. Eine ungeklärte Finanzierung der verbleibenden Therapieelemente, insbesondere im Bereich der primär sozialtherapeutisch ausgerichteten Nachsorge, hat dann jedoch Versorgungslücken in der Suchtkrankenversorgung zur Folge.

Um die Position der Kostenträger im System der Drogenpolitik und speziell ihre Bedeutung in der Suchttherapie herausarbeiten zu können, sollen nachfolgend Aufgaben und Einfluß der Rehabilitationsträger für die einzelnen Leistungsbereiche (in der Therapiekette) kurz beschrieben werden.

3.2. Die gesetzliche Leistungspflicht von Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträgern

3.2.1. Finanzierung und Organisation präventiver Maßnahmen

Initiierung und Organisation präventiver Maßnahmen im Sinne eines 'Zuvorkommens', 'Verhinderns' und 'Vorbeugens' von süchtigem Verhalten durch z.B. zielgruppenspezifische Vorsorgemaßnahmen oder Multiplikatorenarbeit sind aus der Leistungspflicht der Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträger ausgegrenzt. Zwar garantiert § 4 Abs. 2 SGBI den Versicherten ein Recht auf Maßnahmen zum (vorbeugenden) Schutz der Gesundheit, doch beteiligen sich die Kostenträger dann erst an der Problembearbeitung, wenn 'das Kind schon in den Brunnen gefallen ist', d.h. die Suchtmittelabhängigkeit bereits eingetreten ist oder konkret droht (vgl.: §182, §1236 RVO, §1 RehaG). Die finanzielle und organisatorische Hauptlast der Suchtprävention verbleibt damit einerseits im Rahmen der allgemeinen gesundheitlichen Aufklärungsarbeit bei der BZGA und andererseits, bezogen auf eine individuelle Suchtprophylaxe, bei den lokalen Drogenberatungsstellen bzw. deren Trägerorganisationen. Der Verzicht der Kostenträger auf eine Initiierung, Finanzierung und Organisation präventiver Maßnahmen ist dabei insbesondere auch vor dem Hintergrund der hohen finanziellen Aufwendungen zu sehen, die die Rehabilitationsträger zur Beseitigung der konkret eingetretenen Abhängigkeitserkrankungen jährlich aufwenden müssen (vgl.: Tab. 5). Eine Intensivierung zielgruppenspezifischer und/oder personenbezogener Suchtprävention im Rahmen des Sozialberatungsdienstes der Versicherungsträger würde hingegen nur einen Bruchteil der Kosten verursachen, die für die Rehabilitationsmaßnahmen jährlich aufgewendet werden, so daß unter Umständen, die Anzahl notwendig werdender Rehabilitationsmaßnahmen überhaupt eingeschränkt werden könnte. 108).

3.2.2. Ambulante Beratung und Behandlung

Bislang beschränkte sich die Leistungsverpflichtung der Sozialversicherungsträger ausschließlich auf die Durchführung und Finanzierung von stationären Maßnahmen zur Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung Abhängigkeitskranker. Die vornehmlich von Suchtberatungsstellen ambulant geleistete Suchttherapie wurde dabei von den Kostenträgern nicht als Maßnahme der 'medizinischen Rehabilitation' anerkannt und demzufolge auch nicht finanziell vergütet. Ambulante Suchttherapie wurde lediglich in Vorbereitung auf stationäre Maßnahmen, zur Motivationsklärung und Krisenintervention durchgeführt. Die Finanzierung dieser ambulanten Hilfe erfolgte dabei allein aus dem Etat der jeweiligen Drogenberatungsstellen, d.h. aus Mitteln der Einrichtungsträger (Wohlfahrtsverbände, Kommune). Angesichts einer solchen einseitigen Kostenbelastung ambulanter Therapieträger bemühten diese sich lange Zeit (vergeblich) um die versicherungsrechtliche Anerkennung ambulanter Suchtkrankenhilfe bzw. um die Durchsetzung einer Art 'ambulanter Therapie auf Krankenschein', demzufolge die gesetzlichen Krankenkassen nach §193 RVO den ambulanten Einrichtungen die geleisteten Therapieeinheiten zu vergüten haben.

Im Rahmen des seit 1984 laufenden Modells zur ambulanten Rehabilitation Suchtkranker wird jedoch gegenwärtig die Neuregelung einer durch die KV-Träger finanzierten ambulanten Suchtkrankentherapie vorbereitet (vgl.: Anhang 5). Die Finanzierung der ambulanten Maßnahmen auf der Rechtsgrundlage der RVO ist an eine unmittelbare Zusammenarbeit der Beratungsstelle mit einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt gebunden. Die Antragsstellung für eine ambulante Rehabilitation entspricht weitestgehend der bei stationären Maßnahmen und wird von den jeweiligen Krankenkassen für einen befristeten Zeitraum (von ca. 6 Monaten) bewilligt. Die Vergütung der ambulanten Therapie erfolgt nach standardisierten und verwaltungsmäßig abrechenbaren Therapieeinheiten: z.B.: DM 25.- je Teilnahme des Klienten an einer Gruppentherapie (bis 12 Patienten); je 45.- je Teilnahme des Klienten an einer Einzeltherapie. Durchschnittlich wird von drei Therapieeinheiten pro Woche, unabhängig von

der Therapieart, ausgegangen, so daß bei einer sechsmonatigen ambulanten Therapie Kosten in Höhe von ca. 2500-3000.- DM anfallen (im Vergleich dazu belaufen sich die Kosten einer sechsmonatigen stationären Maßnahme auf ca. 21.000 bis 26.000 DM !) 104).

Die Vorteile einer durch die KV finanzierten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme scheinen offensichtlich: finanzielle Entlastung sowohl der Träger ambulanter Drogenberatungsstellen als auch der Rentenversicherungsträger; Aufwertung der ambulanten Suchtkrankenarbeit 107); Systematisierung der ambulanten Maßnahmen und (Effektivitäts-) Kontrollen des Leistungsangebotes. Für den Klienten bietet sich mit der ambulanten Rehabilitation zwar der Vorteil einer wohnortnahen Behandlungsmöglichkeit, gleichzeitig aber reduziert sich durch eine formalisierte und standardisierte Therapie die Chance für ein auf die individuelle Suchtproblematik abgestelltes Behandlungskonzept. Die Vergrößerung der Schwellenangst durch die Aufhebung der Anonymität insbesondere mit Blick auf die Inanspruchnahme von Betriebskrankenkassen scheint ein weiterer Nachteil dieser Neuregelung zu werden. Darüber hinaus dürften die Klienten aber auch einer zunehmenden Konkurrenz ambulanter und stationärer Einrichtungen ausgesetzt werden. Indem sich nämlich nunmehr auch ambulante Drogenberatungsstellen unmittelbar über die Klienten finanzieren, dürften diese ihre Beratungs- und Vermittlungsfunktion dahingehend nutzen, die Klienten an die Einrichtung zu binden und sie in der ambulanten Therapiesituation zu halten. Dies unter Umständen auch dann, wenn die Hilfebedürftigkeit eines Klienten dessen stationäre Unterbringung erfordern würde. Im Zuge einer solchen Entwicklung scheinen sich somit die 'Therapiealternativen' für die Klienten zu reduzieren. Des weiteren ist aber auch zu erwarten, daß die stationären Therapieeinrichtungen in dem Maße, wie sie auf die 'Vermittlungsdienste' ambulanter Drogenberatungsstellen angewiesen sind, durch die Neuregelung zunehmend in ihren Bestandserhaltungsinteressen gefährdet werden. 108). Von ähnlich gelagerter Problematik sind auch Überlegungen der RV, die sich trotz der in Aussicht gestellten Möglichkeiten zu Einsparungen und Umverteilungen der Kosten lange Zeit gegen die Implementierung der ambulanten Therapie gestellt haben.

Ohne an dieser Stelle näher darauf eingehen zu wollen, stehen auch hier wirtschaftliche Kalküle der RV, insbesondere im Zusammenhang mit deren Belegungspraxis bzw. den an private Klinikträger gegebenen Beleggarantien, im Vordergrund der Überlegungen (vgl.: hierzu ausführlicher III.1.3.2.).

Zusammenfassend läßt sich für den Bereich der ambulanten Beratung und Behandlung feststellen, daß hier die organisatorische und finanzielle Beteiligung der Kostenträger seit 1984 im Rahmen eines Modells erprobt wird (mit einer bundeseinheitlichen Einführung der 'Suchttherapie auf Krankenschein' ist in nächster Zeit zu rechnen). Nach den bisherigen Überlegungen ist zu vermuten, daß sich durch die Möglichkeiten zur 'finanzierten' ambulanten Rehabilitation die Versorgungssituation für die Klienten - angesichts einer zu erwartenden Standardisierung und Routinisierung der Hilfeleistungsvermittlung sowie einer möglichen Einschränkung von Therapiealternativen - nur bedingt verbessern wird. Abgesehen von den Kostenvorteilen ambulanter Therapie wird für die Kostenträger die administrative Bearbeitung der Sucht als 'Versicherungsfall' hingegen immer routinisiert- und kontrollierbarer.

3.2.3. Stationäre Maßnahmen

Der am konkretesten definierte und finanziell am weitreichendsten abgesicherte Leistungsbereich ist - wie bereits erwähnt - der durch die 'Empfehlungsvereinbarung' von 1973 geregelte stationäre Bereich. Dem Bewilligungsverfahren durch die Kostenträger ist ein standardisiertes Antragsverfahren vorgeschaltet, zu dem die formalisierte Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme, die Erstellung eines Sozialberichtes (durch die antragstellende Drogenberatungsstelle) sowie die Einholung eines amtsärztlichen Gutachtens nach bundeseinheitlichen Formblättern gehören (vgl.: Anlage 1). Die Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme hängt im wesentlichen ab von der Erfolgsprognose bezüglich der Rehabilitationschancen des Klienten. Sie ist vom Drogenberater zu erstellen und im Sozialbericht an die Kostenträger ausführlich zu begründen. Dabei steht die Erfolgsprognose im unmittelbaren Zusammenhang mit den Empfehlungen des Drogenberaters, den Klienten in eine bestimmte, seinem Hilfebedürfnis am ehesten gerecht zu werden scheinende stationäre Einrichtung zu vermitteln. Trotz des Wissens der RV-Träger um die Anbindung der Erfolgsprognose an den Vorschlag des Drogenberaters, den Klienten in eine ausgewählte therapeutische Einrichtung zu vermitteln, entscheiden die Kostenträger im Rahmen ihres Belegungsrechtes jedoch nicht selten entgegen diesen Empfehlungen des Drogenberaters über Art, Ort und Dauer der Durchführung der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Zwar bestehen gesetzliche Regelungen, nach denen den Wünschen der Klienten und den Vorschlägen der Fachambulanzen bei der Abstimmung der rehabilitativen Maßnahmen weitestgehend entsprochen werden soll (§33 SGBI), doch scheinen nicht selten wirtschaftliche Interessen der Kostenträger den therapeutischen Erfordernissen und Wünschen des Klienten entgegenzustehen (Belegung eigener Kurkliniken, Erfüllung von Beleggarantien). 107)

Abgesehen von der an dieser Stelle nicht weiter zu problematisierenden Einweisungspraxis der Rehabilitationsträger (vgl.: III.1.3.2.) zeichnet sich der stationäre Leistungsbereich unter anderem auch dadurch aus, daß die Kostenträger bei der Anerkennung und Auswahl stationärer Einrichtungen

hohe Anforderungen an deren personelle bzw. professionelle Standards richteten, wobei wesentlich ist, daß die Einrichtungen den Bedingungen der 'medizinischen Rehabilitation' nach § 1237 RVO genügen müssen. Als 'Anerkennungsvoraussetzungen' für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken' sind die Anforderungsprofile an die Einrichtungen von den Kostenträgern verbindlich formuliert und an die Pflegesatzvereinbarung gebunden worden ¹¹⁰. Nur Einrichtungen, die den Anerkennungsvoraussetzungen entsprechen, werden danach von den Leistungsträgern akzeptiert und den ambulanten Drogenberatungsstellen über sogenannte 'Beleglisten' zur Auswahl gestellt. Mit der Anbindung der Anerkennungsvoraussetzungen an die Pflegesatzvereinbarungen verfügen die Sozialversicherungsträger damit über ein Instrument, mit dem sie unmittelbar Einfluß nehmen können auf die faktische Ausgestaltung des Rehabilitationsbereichs in der Drogenpolitik. Indem die Anerkennungsvoraussetzungen in Richtung auf eine Vereinheitlichung der stationären Entwöhnungsbehandlung hinwirken, werden über die Erfüllung der Anforderungsprofile hinaus nur noch marginale Unterschiede zwischen den Einrichtungen möglich. Für die Kostenträger bringt eine solchermaßen induzierte Standardisierung der Suchtkrankenversorgung zwar unzweifelhaft den Vorteil einer Vereinfachung des Bewilligungs- und Auswahlverfahrens von Rehabilitationsanträgen sowie die Möglichkeit einer kontrollierbaren und standardisierbaren Abrechnung von Leistungseinheiten mit sich. Für die Leistungsempfänger ergeben sich mit der Standardisierung der stationären Versorgung - innerhalb derer ja gerade klientenspezifisch gearbeitet werden soll - mitunter erhebliche Einschränkungen hinsichtlich deren Therapie- bzw. Rehabilitationschancen, die sich angesichts fehlender Alternativen auch als Versorgungslücken im stationären Bereich interpretieren lassen.

3.2.4. Therapeutische Nachsorge

Das letzte Glied der Therapiekette bildet die Nachsorgebehandlung. Ihre therapeutische Notwendigkeit zur Abstützung und langfristigen Sicherung des Therapieerfolges nach einer stationären Langzeitbehandlung ist in Fachkreisen unbestritten; die Verpflichtung des Versicherten zur Teilnahme an einer solchen Maßnahme zählt dabei zu den Anspruchsvoraussetzungen für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (vgl.: §2 Empfehlungsvereinbarung). Die Nachsorge ist ambulant, durch Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände, teilweise aber auch (teil-) stationär, in Übergangsheimen oder TWG's, organisiert. Trotz der Bedeutung, die der therapeutischen Nachsorge in der Suchttherapie beigemessen wird, ist deren Finanzierung völlig ungesichert. Den Grund dafür liefert die sozialtherapeutische Schwerpunktsetzung in der Nachsorgephase, d.h. die an den allgemeinen Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik ausgerichtete Betreuung in der Nachsorge. Da die Sozialversicherungsträger ihre Zuständigkeit allein auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation begrenzen (§§1236 f RVO, §10 RehaG), lehnen sie bislang eine der stationären Entwöhnungsbehandlung vergleichbare Organisation und Finanzierung der Nachsorge kategorisch ab. Angesichts dieser ungeklärten Finanzierung finden sich kaum Träger zur Initiierung und Organisation derartiger Maßnahmen bereit; erhebliche Versorgungslücken sind hier die Folge. Zwar versuchen einige Sozialhilfeträger die Versorgungslücken dadurch zu überbrücken, daß sie im Rahmen ihrer subsidiären Zuständigkeit und auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes sozialtherapeutische Übergangsheime bzw. TWG's als Nachsorgeeinrichtung anerkennen und als Kostenträger die therapeutischen Maßnahmen finanzieren, doch sind derartige Initiativen z.Zt. noch die Ausnahme. 111,

Hauptträger im Nachsorgebereich sind damit nach wie vor die privaten Selbsthilfeszusammenschlüsse, die sich jedoch vorwiegend als ambulante Gruppen organisiert haben und i.d.R. nur für solche Rehabilitanden geeignet erscheinen, die annähernd sozial und beruflich wieder integriert sind. Für diejenigen aber, die dieses Rehabilitationsziel noch nicht erreicht haben, sind die ambulanten Selbsthilfegruppen keine

akzeptable Alternative zu den (teil-) stationär geführten Nachsorgeeinrichtungen. Sowohl unter dem Aspekt der Verhinderung von Rückfällen durch eine (finanziell) gesicherte sozialtherapeutische Nachsorgebehandlung als auch unter dem Gesichtspunkt des 'Nachsorgezwangs' im Rahmen der Anspruchsvoraussetzungen der Sozialversicherungsträger bleibt die verbindliche Klärung von Zuständigkeiten und Leistungspflichten für die therapeutische Nachsorge eine der vorrangigsten Aufgaben der Kostenträger.

Die bisherigen Ausführungen zu den Kompetenzabgrenzungen und Leistungsangeboten der Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträger lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß Organisation und Finanzierung allein in den Bereichen der stationären und demnächst auch ambulanten Versorgung gesichert sind; hier erweist sich die Leistungsproduktion inzwischen - durch Formalisierung und Standardisierung von Leistungseinheiten - als administrativ handhabbar. Entscheidender Nachteil dieser Entwicklung ist jedoch die im Zusammenhang mit einer Standardisierung der Suchttherapie einhergehende Reduzierung therapeutischer Alternativen, was sich gerade für den auf Pluralität und Flexibilität angewiesenen Bereich der Suchttherapie als eine Reduzierung von Rehabilitationschancen für die Klienten auswirken kann. Auf der anderen Seite zeigt die Situation in den Bereichen der Prävention und der therapeutischen Nachsorge, daß hier die Kostenträger bisher kaum initiativ geworden sind und angesichts ungeklärter Zuständigkeitsregelungen an den beiden wichtigen Eckpunkten der Drogenpolitik, nämlich der Suchtvorsorge (primäre Prävention) und der Rückfallvermeidung (sekundäre Prävention), nach wie vor erhebliche Versorgungslücken bestehen.

3.2.5. Zur Zusammenarbeit der Kostenträger:

Zur Vermeidung von unnötigen Härten für die Rehabilitanden infolge der nicht durchgängig organisierten und gesicherten Suchtkrankenversorgung machen die Versorgungslücken in der Drogentherapie eine Kooperation und Koordination zwischen den Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträgern auf der einen sowie den Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfeinitiativen auf der anderen Seite notwendig. Bislang beschränkte sich die Kooperation zwischen den Leistungsträgern auf Bundesebene auf die Gründung des 'Informationskreises Sucht' (IKS) 1984, in dem die Bundesverbände der Kranken- und Ersatzkassen, der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Drogenbeauftragten der Bundesländer, die DHS und die Fachreferenten der drei Wohlfahrtsverbände DCV, DPWV, DW - um hier nur einige der Mitglieder des IKS zu nennen - unter der Geschäftsführung des BMJFG vertreten sind. Die Bildung des IKS erfolgte dabei auf Initiative der Freien Wohlfahrtsverbände sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.

Erklärte Absicht des IKS ist die Beratung und Entwicklung einer einheitlichen 'Gesamtkonzeption' der Suchttherapie, durch die sämtliche Elemente der Therapiekette durch eine einheitliche sozial- bzw. versicherungsrechtliche sowie inhaltlich-therapeutische Rahmengenbung aufeinander bezogen und für alle Leistungsträger verbindlich geregelt werden sollen. Als organisatorischer Zusammenschluß der Dachverbände der Sozialversicherungsträger kann der IKS selbst nur über die Verabschiedung gemeinsamer Empfehlungen politisch Einfluß nehmen.

Die Umsetzung der Empfehlungen des IKS in die Verwaltungspraxis liegt jedoch bei den einzelnen Mitgliedsverbänden, die rechtlich selbständig die Empfehlungen in Vertragsrecht bzw. in interne Richtlinien umsetzen können. Auf regionaler Ebene arbeiten bereits seit 1974 Arbeitsgemeinschaften, in denen sich die regional zuständigen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur gemeinsamen Antragsbearbeitung - unter Geschäftsführung der Landesversicherungsanstalten -

zusammengeschlossen haben. Diese bestimmen dabei relativ autonom über die internen Regelungen der Verwaltungspraxis und entscheiden damit über die Ausgestaltung der regionalen Suchtkrankenversorgung (vgl.: Anhang 4).

3.3. Belegungspraxis der Rentenversicherungsträger (Belegungsgarantien)

Während die schablonenhaft angewandten Verwaltungsabreden zwischen den Kostenträgern zum Teil gravierende qualitative wie quantitative Versorgungslücken in der Rehabilitation Suchtkranker nach sich ziehen, wird durch die Belegungspraxis der Rentenversicherungsträger (LVA's, BfA) die gesamte Infrastruktur der Suchtkrankenversorgung erst recht in Frage gestellt. Nach §2 Abs. 3 der Empfehlungsvereinbarung sind die Versicherungsträger in der Bestimmung von Art, Ort und Dauer der Durchführung einer stationären Entwöhnungsbehandlung grundsätzlich frei (Belegungsrecht). Zwar sollen sie bei ihren Einweisungsentscheidungen die Schwere der Krankheit und die persönlichen Verhältnisse und Wünsche des Abhängigkeitskranken sowie die im Sozialbericht enthaltenen therapeutischen Anregungen der ambulanten Drogenberatungsstellen angemessen berücksichtigen, doch fallen bei den Einweisungsentscheidungen der Rehabilitationsträger de facto die Klientenbezogenen therapeutisch-rehabilitativen Erfordernisse vielfach den ökonomischen Interessen der Leistungsträger zum Opfer. Die Belegungspraxis der Rentenversicherungsträger wird dabei wesentlich geprägt von Entscheidungsgrößen wie der Auslastung der Bettenkapazitäten versicherungseigener Fachkliniken sowie solchen zur wirtschaftlichen Verwertung des Anlagevermögens; hier insbesondere der alten Tbc-Kliniken und deren Umwidmung zu Fachkliniken für Suchtkranke. Von besonderer Tragweite für die Belegungspraxis der RV-Träger erweisen sich dabei diejenigen Umwidmungen, die durch Verlauf mit gleichzeitigen Belegungszusagen zustande gekommen sind.

Neben den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und den privaten gewerblich orientierten Trägern unterhalten auch die RV-Träger eigene Rehabilitationsstätten für Abhängigkeitskranke. Als Mitte der 70er Jahre die Zahl der behandlungsbefürftigen Drogen- und Rauschmittelabhängigen zunahm und der Bestand an Therapieplätzen nicht ausreichte, um alle therapie-motivierten Klienten einer stationären Entwöhnungsbehandlung zuzuführen, vergrößerten auch die RV-Träger im Zuge der allgemeinen Expansion der Suchtkrankenversorgung ihren Be-

stand an Therapieplätzen. Die Entscheidung dazu wurde ihnen dadurch erleichtert, daß mit den alten, nicht mehr benötigten (und somit nur noch Kosten verursachenden) Tbc-Kliniken Gebäude zur Verfügung standen, die sich aufgrund ihrer Größe (i.d.R. mehr als 100 Betten pro Einrichtung) zur stationären Entwöhnungsbehandlung von (nur) Alkohol- und Medikamentenabhängigen eigneten ¹¹². Waren die ersten hausinternen Umwidmungen von Tbc-Kliniken in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke noch weitgehend am Bedarf orientiert, so führten die nachfolgenden Umwidmungen - die ohne Abstimmung mit den Trägern schon vorhandener Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege erfolgten - zur Bildung von Überkapazitäten im stationären Bereich.¹¹³

Dieses unkoordinierte Eingreifen der RV-Träger in die bestehenden Strukturen der Suchtkrankenversorgung erweist sich dabei insoweit als äußerst problematisch, als ein Teil der Umwidmungen im Rahmen eines Verkaufs der alten Tbc-Gebäude an private Unternehmen erfolgte, wobei der Verkauf der Objekte an deren Nutzung (Umwidmung) als Suchtklinik gebunden war. Gleichzeitig mit dem Verkauf des Anlageobjektes gingen die RV-Träger gegenüber den privaten Käufern langfristige Belegungsgarantien ein, wobei sich diese auf zum Teil mehr als 50% der Bettenkapazitäten beziehen und den RV-Träger auf bis zu 25 Jahre vertraglich dazu verpflichten, die jeweiligen Einrichtungen in dem vereinbarten Umfang vorrangig zu belegen. ¹¹⁴ Käufer bzw. Träger der auf diese Art und Weise geschaffenen Fachkliniken sind i.d.R. die unter III.2.2.3. beschriebenen Unternehmen (Baufirmen, Einkaufsgenossenschaften etc.), die die Kliniken lediglich als Instrumente zur Durchsetzung ihres originären Unternehmenszieles nutzen. Neben einer wirtschaftlichen Verwertung ihres Anlagevermögens durch Verkauf haben die Umwidmungsaktionen mit gleichzeitigen Belegungszusagen für die RV-Träger den zweifelhaften Vorteil, daß sie, ohne sich selbst den (finanziellen) Belastungen als Träger eigener Einrichtungen aussetzen zu müssen, auf ein umfangreiches Therapieplatzangebot zurückgreifen können. Dieser Vorteil erweist sich jedoch spätestens dann als Nachteil, wenn angesichts der bestehenden Überkapazitäten im stationären Bereich die RV-Träger ihren Belegungsverpflichtungen nur noch schwer nachkommen können.

Vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen aus den vertraglich vereinbarten Vorhaltungskosten bei Nichterfüllung der Belegungsgarantien sehen sich die RV-Träger häufig dazu veranlaßt, bei den Einweisungsentscheidungen von ihren Belegungsrechten Gebrauch zu machen und damit unter Umständen sowohl die therapeutischen Empfehlungen der vorgeschalteten Drogenberatungsstellen als auch die Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse und Wünsche des Klienten bei dessen Rehabilitation den ökonomischen Erfordernissen unterzuordnen 116. Mit anderen Worten: Die vertraglichen Bindungen der RV-Träger im Zusammenhang mit dem erheblichen Therapieplatzpotential, das diese insgesamt auf sich vereinigen, zwingt die RV-Träger in einer Vielzahl der Fälle dazu, Klienten ohne Berücksichtigung der für sie geeigneten Therapieprogramme in eigene- oder 'Vertrags'-Häuser einzuweisen bzw. sie während der Therapie von der einen in die andere Einrichtung umzulegen. Motivationsverluste, Therapiebrüche sowie eine dadurch provozierte Rückfallgefährdung und 'Dreh-türrehabilitation' sind dann für den Klienten die folgenschweren Auswirkungen einer Belegungspraxis, die die Effektivität der Rehabilitation den wirtschaftlichen Interessen der Leistungsträger unterordnet.

Die Belegungspraxis der RV-Träger bleibt aber auch nicht ohne Folgen für die Einrichtungen der Träger Freier Wohlfahrtspflege, denn angesichts der Überkapazitäten auf der einen und den Einweisungspräferenzen der RV-Träger auf der anderen Seite sind die Einrichtungen der Freien Träger infolge fehlender Einweisungsbewilligungen zunehmend un ausgelastet und in ihrer Existenz gefährdet. Dabei wird sich die Konkurrenz zwischen den Einrichtungen der Freien Träger und den durch die RV-Träger protegierten Fachkliniken noch zuspitzen, wenn zukünftig durch eine verstärkte Inanspruchnahme der Möglichkeiten ambulant durchgeführter Rehabilitationen durch die Drogenberatungsstellen die Anträge zur Bewilligung stationärer Maßnahmen insgesamt zurückgehen werden und/oder die Therapiedauer bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit wie beabsichtigt von sechs auf durchschnittlich drei Monate verkürzt wird. In beiden Fällen sind dann die RV-Träger zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen dazu gezwungen, mehr noch als bisher schon praktiziert von ihren Be-

gungsrechten Gebrauch zu machen und entsprechend den vertraglich-ökonomischen Erfordernissen von den therapeutischen Vorschlägen der Drogenambulanzen abzuweichen bzw. die Anträge auf Bewilligung ambulanter Maßnahmen abzulehnen. Durch diese, infolge der Belegungsrechte der RV-Träger, verzerrte Konkurrenzbeziehung zwischen den Einrichtungsträgern wird somit den Fachkliniken der Freien Wohlfahrtspflege langfristig die Wettbewerbsfähigkeit entzogen, d.h. die Überkapazitäten im stationären Bereich einseitig zu Lasten der Wohlfahrtsverbände abgebaut werden. 116)

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Initiierung und Organisation der Suchttherapie primär von ökonomischen anstatt von therapeutischen Entscheidungsgrößen determiniert wird. Schließlich entspricht weder die an ökonomischen Erfordernissen ausgerichtete Isolation der Klienten in Großkliniken den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête zur Größe von Therapiestätten 117), noch zeigt die Erfahrung der ambulanten Beratungsstellen, daß ihre im Sozialbericht an den RV-Träger gerichteten Therapieempfehlungen bei den Einweisungsentscheidungen der Kostenträger berücksichtigt werden. Damit aber wird nicht nur eine im Sinne der Therapiekette aufeinander bezogene und auf Kontinuität der Behandlungsmethode abstellende Suchttherapie verhindert, sondern vielmehr wird die gesamte Infrastruktur der Suchtkrankenversorgung in Frage gestellt. In letzter Konsequenz sind die RV-Träger durch ihre vertraglichen Verpflichtungen im Rahmen ihrer Umwidmungsgeschäfte zu einer Art 'Suchtplanung' gezwungen, denn nur durch eine ständige Rekrutierung von Abhängigkeitskranken können die komplizierten Verstrickungen zwischen dem am Gemeinwohl ausgerichteten solidarischen Handeln einerseits und den kommerziellen Interessen andererseits gewahrt werden. Damit aber scheint sich die Drogenpolitik zumindest im medizinisch-sozialtherapeutischen Bereich bereits weitgehend verselbständigt zu haben.

4. Kommunikations- und Koordinationsstrukturen zwischen den Organisationen

Vorbemerkung:

Die vorausgegangenen Ausführungen haben gezeigt, daß Trägerstruktur und Aufgabenverteilung innerhalb der Makroorganisation der Drogenpolitik sehr vielschichtig und wenig übersichtlich gestaltet sind. Die vertikale und horizontale Differenzierung des Problembearbeitungsprozesses und die damit einhergehende Fragmentierung von Entscheidungskompetenzen und Vollzugsaufgaben erfordert dabei mit Blick auf eine aufeinander bezogene und integrierende Dienstleistungsproduktion eine sowohl ebenen- wie fachübergreifende Kommunikation und Koordination sämtlicher am Problembearbeitungsprozeß beteiligter Akteure. Entsprechend dem Kommunikations- und Koordinationsbedarf zur Abstimmung der Problemdefinition und Leistungsproduktion haben sich innerhalb des Makrosystemes verschiedene Koordinationsmechanismen herausgebildet; außer von einer Zentralisation und Monopolisierung der Planungs- und Entscheidungsprozesse gehen insbesondere von den implementierten Handlungs- und Modellprogrammen entscheidende koordinierende Wirkungen aus. Von ganz anderer Qualität, aber deshalb von nicht minderer Bedeutung für den Koordinationsprozeß, erweisen sich auch die informellen Koordinationsstrukturen; ihnen wird gerade in der Drogenpolitik eine erhebliche Geltung beigemessen.

Den Rahmen, innerhalb dessen die Koordinationsprozesse ablaufen, bildet die durch (verfassungs-) rechtliche Zuständigkeitsregelungen vorgegebene Formalstruktur der Makroorganisation. Zur Identifikation der Koordinationsmechanismen kann dabei auf quantitative wie qualitative Aspekte von Entscheidungs- und Implementationsprozessen zurückgegriffen werden. Mit der Bestimmung, durch wen und wo sämtliche Informationen zum Drogenproblem zusammengetragen und die meisten Absprachen und Koordinationsentscheidungen getroffen werden (quantitativer Aspekt), welchen Inhalts und von welcher politischen Tragweite die dort beschlossenen Maßnahmen sind bzw. wie effektiv, partizipativ und transparent der Entscheidungs- und Implementationsprozeß gestaltet ist etc. (qualitativer Aspekt), lassen sich sodann unter Berücksichtigung von (strukturellen) Koordinationshindernissen auch Rückschlüsse auf die Verteilung von Einfluß- und Machtchancen zwischen den Organisationen des Makrosystemes ziehen.

4.1. Institutionalisierte Kommunikations- und Koordinationsstrukturen

4.1.1. Zentralisation und Monopolisierung des Kommunikations- und Entscheidungsprozesses

Bei der Deskription der Trägerstrukturen der Drogenpolitik wurde deutlich, daß sämtliche zur Problembearbeitung beitragenden Akteursgruppen (behördliche, frei-gemeinnützige und private Träger) relativ autonom und auf bestimmte Problemereiche spezialisiert, d.h. arbeitsteilig, in die Makroorganisation der Drogenpolitik integriert sind. Sowohl bedingt durch eine dem föderativen Verwaltungsaufbau entsprechende vertikale Gliederung der Drogenpolitik einerseits und durch eine horizontale Ausdifferenzierung der Problembearbeitung innerhalb der verschiedenen Politikebenen andererseits drängt sich mit der Frage nach der Koordination der Zusammenarbeit der Träger innerhalb und zwischen den Ebenen zunächst der Eindruck von weitgehend unstrukturierten Kommunikations- und Koordinationsbeziehungen auf; dies um so mehr, als für die beteiligten Organisationen aufgrund ihrer relativ autonomen Stellung kein Zwang zu einer ebenenübergreifenden Kommunikation und Koordination besteht. Zwar werden Ausbau und Intensivierung der Kommunikations- und Koordinationsstrukturen zwischen den Akteuren immer wieder als ein Ziel der Drogenpolitik herausgestellt (insbesondere in den beiden Aktionsprogrammen des Bundes sowie in den Modellprogrammen des Bundes und der Länder), doch bestehen bislang keine verbindlichen Regelungen hinsichtlich der Strukturierung der Kommunikations- und Entscheidungsprozesse.

Ausgehend von den bereits an anderer Stelle erörterten verfassungsrechtlich normierten Zuständigkeiten sowie den im Laufe des Problembearbeitungsprozesses von den Organisationen erworbenen und zugeschriebenen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen scheint sich auf den ersten Blick das weitgespannte und vermaschte Netz der Kommunikation zwischen den Akteuren und das der Koordination ihrer spezialisierten Leistungsproduktion bei den jeweiligen Landesdrogenbeauftragten bzw. bei der DHS zu verdichten. Bei genauerer Betrachtung und unter Berücksichtigung des quantitativen und qualitativen

ven Aspektes der Verteilung von Kommunikations-, Koordinations- und Entscheidungsprozessen wird jedoch deutlich, daß sich die Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zwischen den Organisationen vielmehr auf Bundesebene im 'Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder' (StAkD) zentralisieren bzw. hier die Informationssammlung und -verarbeitung weitestgehend monopolisiert ist.

Hervorgegangen aus der sogenannten 'Kleinen Expertenkommission', die 1969 auf Initiative des BMJFG ad hoc und eigens zum Zweck der Erarbeitung eines rahmengebenden Handlungsprogramms eingesetzt, mit der Verabschiedung des Aktionsprogrammes von 1970 jedoch wieder aufgelöst wurde, besteht der StAkD in seiner jetzigen institutionalisierten Form seit Ende 1971. Der Anstoß zur Bildung des StAkD ging vom BMJFG aus und stand in unmittelbarem Zusammenhang mit der Formulierung und Implementierung des ersten 'Modellprogrammes des Bundes zum bedarfsgerechten Ausbau bereits bestehender oder neu zu schaffender Modelleinrichtungen zur Beratung, Betreuung und ambulanten Behandlung drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher' (Großmodell). 116)

Dem StAkD kam zunächst die Aufgabe zu, allgemein verbindliche Modell- bzw. Förderungskriterien zu entwickeln und für die Kooperation der verschiedenen Handlungsträger bzw. für die Koordination ihrer Leistungsangebote Sorge zu tragen sowie die Implementation des Programmes in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen Akteuren zu steuern. Bei dieser begrenzten Aufgabenzuweisung blieb es jedoch nicht lange. Im Verlaufe der folgenden Jahre wurden vielmehr die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen des StAkD, ausgehend von der Modellplanung und -implementation, ständig weiter ausgedehnt. Inzwischen werden hier nicht nur sämtliche Fragen und Maßnahmeplanungen zur Drogenpolitik beraten und die Positionen der Leistungsträger abgeklärt, sondern mit Blick auf den quantitativen Aspekt der Kommunikations- und Entscheidungsprozesse werden nach Einschätzung sämtlicher befragter Experten im StAkD die meisten Maßnahmen zur Drogenpolitik initiiert, kalkuliert und geplant, wie auch deren Implementation und arbeitsteilige Durchführung zwischen den Trägern hier abgestimmt und entschieden wird. 117) Beide Aktionspro-

gramme des Bundes zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs von 1970 und 1980, durch die die drogenpolitische Rahmgebung festgeschrieben ist, gehen ebenso wie die inhaltliche Konzipierung der drei Modellprogramme des Bundes (Großmodell, Psychosoziales Anschlußprogramm, Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter) auf die beratende und planerische Arbeit des StAkD zurück. Neben der allgemeinen drogenpolitischen Rahmgebung und der Erörterung von Grundsatzfragen, wie z.B. zum BTMG oder zur Kostenregelung, erfolgen im StAkD aber auch Detailabsprachen zwischen den Teilnehmern, wie beispielsweise zur Festschreibung von (therapeutischen, personellen und/oder räumlichen) Mindestkriterien zur Ausstattung von Beratungs- und Behandlungsstätten oder zur staatlichen Anerkennung einzelner Therapieeinrichtungen. In die Form ministerieller Rundschreiben-Erlasse gebracht, werden dann die Entscheidungen des StAkD zur Rahmen- bzw. Detailplanung in die Verwaltungspraxis eingeführt. 120)

Vom StAkD gehen selbst keine unmittelbaren Weisungsrechte aus, so daß sich die Ergebnisse von Kommunikations- und Entscheidungsprozessen in der Formulierung von (unverbindlichen) Handlungsempfehlungen und Richtlinien ausdrücken. Die politisch herausragende Stellung des StAkD innerhalb der Makroorganisation ergibt sich demzufolge nicht aus der Zuschreibung von Richtlinien und Weisungskompetenzen, sondern der StAkD erlangt seine bedeutenden drogenpolitischen Einflußchancen erst aus der personalpolitischen Zusammensetzung des Teilnehmerkreises, der damit einhergehenden Möglichkeit obligarischer Machtbildung und Interessendurchsetzung sowie eines relativ großen Ermessensspielraumes der Beteiligten bei Entscheidungen zur Ressourcenallokation (z.B. Bestimmung von Förderungsauflagen, Vergabe von Forschungsaufträgen, Subventionierung bestimmter Einrichtungsträger etc.).

Zentralisation und Monopolisierung des Kommunikations- und Entscheidungsfindungsprozesses zur Drogenpolitik im StAkD ergeben sich somit aus der Tatsache, daß sich hier die entscheidungskompetenten Vertreter sämtlicher am Problembearbeitungsprozeß beteiligter Organisationen zur Planung und Koordination der Dienstleistungsproduktion zusammenfinden.

Neben den Drogenbeauftragten der Länder gehören dem StAkD die Mitglieder des 'Interministeriellen Arbeitskreises' der beteiligten Bundesressorts, Vertreter des BGA und der BZGA sowie Vertreter der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des MaxPlanck-Instituts für Psychiatrie, die leitenden Medizinalbeamten der Länder sowie die Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände (DCV, DW, DFWV - die nicht gemeinschaftlich durch die DHS vertreten sind !) an.

Initiiert und weitgehend auch inhaltlich spezifiziert wird der Kommunikations- und Entscheidungsprozeß dabei durch das Referat 'Rauschmittelmißbrauch und Psychohygiene' beim BMJFG (vgl.: III.1.1. 2.), dem auch der Vorsitz im StAkD obliegt. Dabei leitet und organisiert das BMJFG nicht nur die Kommunikation zwischen den Akteuren, sondern greift vielmehr direkt in den Koordinierungsprozeß ein, indem es sich mit eigenen Beiträgen an der Abstimmung beteiligt und versucht, konfligierende Auffassungen zwischen den Organisationen abzuschleifen. Die teamartig organisierte Kommunikation und Koordination in Selbstabstimmung erfährt dabei jedoch insofern eine erhebliche Einschränkung, als die Teilnahme des BMJFG im StAkD mit einem Vetorecht des BMJFG verbunden ist, d.h. die zwischen den Organisationen erzielten Abstimmungsergebnisse in letzter Konsequenz der Zustimmung des BMJFG bedürfen, bevor sie als Handlungsempfehlungen und/oder Richtlinien in die Verwaltungspraxis eingehen.

Sind die Zuständigkeiten und unmittelbaren Weisungsrechte des Bundes bzw. des BMJFG bei der Ausgestaltung der Drogenpolitik de jure durch die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen erheblich eingeschränkt, so verfügt das BMJFG mit dem Vetorecht im StAkD de facto über ein bedeutendes Steuerungsinstrument, mit dessen Hilfe das BMJFG entscheidend auf Zielsetzung und Maßnahmenplanung in der Drogenpolitik Einfluß nehmen kann. Unabhängig davon, ob und in welchem Umfang das BMJFG den Entscheidungsprozeß im StAkD in diesem Sinne 'diktiert', trägt die Zusammenarbeit im StAkD jedoch zweifelsohne dazu bei, daß unterschiedliche Handlungsorientierungen zwischen den mitwirkenden Organisationen aneinander angeglichen bzw. die multiorganisatorische Planung und Implementation der Leistungsproduktionen in das System der Makroor-

ganisation integriert werden können. Oder anders ausgedrückt: durch die Zusammenfassung sämtlicher auf Bundes- und Landesebene jeweils zuständiger Handlungsträger in einem ebenenübergreifend organisierten Gremium wird die aus dem föderativen Verwaltungsaufbau und der Beteiligung von sowohl behördlichen als auch gemeinnützigen und privaten Trägerorganisationen sich ergebende Dezentralisation der Politikformulierung (Drogenpolitik ist Länderpolitik!) und -implementierung überwunden. Die Struktur der Interessenvertretung im StAkD reflektiert dabei eine "horizontale Verknüpfung der Bundesebene mit einer gleichzeitigen vertikalen Verzahnung zu den Ländern" ¹²¹, so daß aus der Perspektive der verschiedenen spezialisierten Trägerorganisationen heraus hier sämtliche Informationen zur Art und Entwicklung des Drogenproblems zusammengetragen und bewertet werden.

Durch die organisatorische Zusammenfassung all jener Verbandsfunktionäre, die selbst innerhalb der von ihnen vertretenen Organisationen Führungsaufgaben hinsichtlich der Planung und Ausführung der Drogenarbeit wahrnehmen und dabei über Handlungs- und Entscheidungsvollmachten verfügen, konzentrieren sich im StAkD Macht- bzw. Einflußchancen sämtlicher drogenpolitisch relevanter Organisationen. Interpretation und Definition von Problemwahrnehmungen werden dabei hier ebenso verbindlich ausgehandelt, wie organisationsspezifische Handlungsinteressen durchgesetzt, Entscheidungen zur Bedarfsplanung, Programmimplementation und Arbeitsteilung zwischen den Akteuren hier zentralisiert und aufeinander abgestimmt werden bzw. wie auch die gegenseitige Kontrolle der Leistungsproduktion durch die Teilnehmer des StAkD hier monopolisiert ist. Zentralisation und Monopolisierung des Kommunikations- und Entscheidungsprozesses im StAkD wirken dann insoweit in Richtung auf eine Vereinheitlichung der Drogenpolitik, wie im Rahmen des gemeinsamen Informationsverarbeitungsprozesses sowohl Handlungsorientierungen vorgegeben werden, als auch länderübergreifende Problemlösungsstrategien von den Teilnehmern im StAkD entwickelt und von diesen direkt an die ihnen unmittelbar nachgeordneten Instanzen weitergegeben werden.

Diese im StAkD institutionalisierten, wechselseitigen Kom-

munikations- und Koordinationsstrukturen, reichen dabei jedoch nur bis zur Landesebene. Informationen aus den Kommunen über die Situation vor Ort, insbesondere aber über die Vermittlung und Verarbeitung der Problemwahrnehmungen durch die Mitarbeiter in den basisnahen Einrichtungen, werden, wenn überhaupt, nur auf mittlerer Verwaltungsebene von behördlichen und nicht-behördlichen Trägern gesammelt und von diesen in den StAkD hineingetragen. Infolge dieser fehlenden direkten Einbeziehung der kommunalen Handlungsträger in den zentralisierten Kommunikations- und Entscheidungsprozess im StAkD wurden so mitunter auch Maßnahmen zwischen den Funktionären vereinbart und initiiert, die in der hier ausgehandelten Form von den Mitarbeitern in den Basiseinrichtungen häufig nicht mitgetragen und entsprechend auch nicht umgesetzt wurden. ¹²²

Schließlich läßt die überwiegende Beteiligung von Politikern im StAkD eine primär an administrativ-bürokratischen Handlungs- und Entscheidungskriterien ausgerichtete Politik, Planung und Zusammenarbeit der Akteure erwarten. Beispiele für die vom StAkD ausgehende Bürokratisierung des Entscheidungs- und Verwaltungsablaufes in der Drogenpolitik finden sich dabei hinreichend im Zusammenhang mit der Formulierung und Implementation der Modellprogramme (vgl.: III.4.1.2.). Insbesondere ist dabei auf die in den Ausführungsbestimmungen der Modellprogramme sich ausdrückende Formalisierung und Standardisierung von Arbeits- und Entscheidungsprozessen hinzuweisen, durch die die Bedürfnislage der Klienten verbindlich festgeschrieben, Bedarfsplanung, Ressourcenallokation und Leistungsproduktion darauf hin abgestimmt und programmiert werden; darüber hinaus wird durch die Formulierung von Förderungsauflagen und Anspruchsvoraussetzungen die Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung weitestgehend verbindlich geregelt. ¹²³ Indem in diesem Sinne die Formulierung und Ausgestaltung der Drogenpolitik unter dem Einfluß von Bestandserhaltungs- bzw. Besitzstandswahrungsinteressen der im StAkD vertretenen Organisationen normiert und administrativ handhabbar gemacht wird, erfolgt durch den StAkD eine den Organisationsinteressen angepaßte Instrumentalisierung der Klienteninteressen. Damit aber zeigt sich nur noch einmal mehr, welche zentrale drogenpolitische Verantwortung

vom StAkD ausgeht bzw. von welcher Tragweite die internen und nach außen gerichteten Entscheidungsprozesse im StAkD sind.

Im Gegensatz zu den eingangs erwähnten mutmaßlichen Koordinationsinstanzen, den Landesdrogenbeauftragten auf der einen, der DHS auf der anderen Seite, erlangen die im StAkD getroffenen Entscheidungen zur Normierung der Problemdefinition bzw. zur Vorgabe von Handlungsorientierungen im Hinblick auf eine Standardisierung und Formalisierung der Problembearbeitung bundesweite Bedeutung. Dies obwohl vom StAkD keine Weisungsrechte ausgehen und die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses lediglich in Form von Handlungsempfehlungen und Richtlinien zum Ausdruck kommen. Welche entscheidende drogenpolitische Bedeutung der Zusammenarbeit im StAkD dabei beispielsweise auch von Seiten der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege beigemessen wird, wird unter anderem daraus ersichtlich, daß die Verbände nicht durch ihren Dachverband, der DHS, im StAkD vertreten sind, sondern mit Blick auf die hier zur Abstimmung und Durchsetzung zu bringenden Verbandsinteressen durch ihre jeweiligen Fachreferenten selbst im StAkD vertreten sind. Da darüber hinaus auch die Länderregierungen zur Durchführung drogenpolitischer Maßnahmen weitestgehend auf die Entscheidungen des StAkD zur Ressourcenallokation angewiesen sind (vgl.: III.1.2.), bleibt die Ausgestaltung der Drogenpolitik in den Ländern ebenso wie die Formulierung der Verbandspolitik der Freien Wohlfahrtspflege von den Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen im StAkD abhängig. Damit aber kommt dem StAkD sowohl unter den quantitativen wie qualitativen Aspekten der Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen innerhalb der Makroorganisation eine zentrale drogenpolitische Relevanz zu.

4.1.2. Handlungsprogramme

Obschon Zentralisation und Monopolisierung der Kommunikations- und Entscheidungsprozesse im StAkD als bedeutende Strukturelemente hinsichtlich der Politikformulierung innerhalb der Makroorganisation identifiziert wurden, reicht die im StAkD institutionalisierte fach- und ressortübergreifende Interaktion infolge der fehlenden verbindlichen Weisungskompetenzen des StAkD jedoch allein nicht aus, um auch die Implementation der dort verabredeten Bestimmungen und Aktionen vor Ort zu garantieren. Wenn trotz der strukturellen Implementationshindernisse - als Folge der vertikalen und horizontalen Differenzierung des Problembearbeitungsprozesses - die Entscheidungen des StAkD ebenenübergreifend durchgesetzt und von den Leistungsproduzenten vor Ort einheitlich zur Anwendung gebracht werden, so ist dies einzig und allein auf die koordinierende und integrierende Wirkung der vom StAkD initiierten und konzipierten Handlungs- bzw. (Bundes-) Modellprogramme zurückzuführen.

Unter Berücksichtigung der Finanzierungskompetenzen des Bundes (vgl.: III.1.1.1.) erfolgt die Initiierung und Finanzierung von Modellprogrammen durch Bund und Länder nach allgemeinen Grundsätzen 124), die sich wie folgt zusammenfassen lassen (vgl.: Anhang 7):

- Ein Modell ist eine Maßnahme oder Einrichtung, die immer dann angewendet werden soll, wenn ein Sachverhalt noch nicht hinreichend geklärt ist und Erkenntnisse für die Gesetzgebungsarbeit bzw. für die Verwirklichung sonstiger Aufgaben des Bundes zu gewinnen sind, respektive Erkenntnisse im Hinblick auf die (Weiter-) Entwicklung, Erprobung und Überprüfung neuer Methoden und Konzeptionen zur Problemlösung gewonnen werden sollen.
- Die Finanzierung von Modellen ist zeitlich begrenzt. Das Modell muß dementsprechend so konzipiert werden, daß innerhalb des vorgegebenen Zeitraumes die Zielsetzungen erfüllt werden.
- Bei allen Modellen, die aus Bundesmitteln gefördert werden, erfolgt eine wissenschaftliche Begleitforschung (Auswertung).
- Voraussetzung für die Einbeziehung von Maßnahmen und Einrichtungen in die Modellförderung ist das verbindliche Einvernehmen der Zuwendungsempfänger über die Modellziele, über die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung.

- bzw. über die jeweils neu festzulegenden Arbeitsbereiche.
- Ein Modell liegt nicht vor, wenn sich mit dem Vorhaben lediglich die Absicht verbindet, Länder, Kommunen oder Freie Träger zur Nachahmung anzuregen.

Mit anderen Worten: Auf der Grundlage von verfassungs- und haushaltsrechtlichen Bestimmungen erfolgt die Förderung von Modellvorhaben offiziell mit dem Ziel, in einem bislang wenig reflektierten und wissenschaftlich aufbereiteten Problembereich Wissenslücken zu schließen bzw. Problemlösungsstrategien zu konzipieren. Die Finanzmittelbindung schafft dabei für den Zuwendungsempfänger den notwendigen Anreiz zur Implementation der Modellgrößen. Da insgesamt gesehen aber die 'Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben' relativ allgemein gehalten sind und nur eine geringe Regelungstiefe aufweisen, sind die von den Modellprogrammen ausgehenden koordinierenden und integrierenden Effekte auf die Drogenpolitik zunächst nicht so ohne weiteres einzusehen. Indem aber die Förderverfahren über den offiziellen Dienst- und Instanzenweg - ausgehend vom Bund über die Länder und Regierungspräsidien bis hin zu den Kommunen - organisatorisch abgewickelt werden, wird die Implementation der Modellaufgaben durch ein (schon von Raschke/Schliehe an anderer Stelle ausführlich beschriebenes ¹²⁶) hierarchisch strukturiertes Antrags-, Bewilligungs-, Anerkennungs-, Prüf- und Dokumentationsverfahren innerhalb und zwischen den Handlungsakteuren koordiniert und der Problembearbeitungsprozeß im Sinne der Initiatoren im StAKD bis hinunter auf die Ebene der Beratungs- und Behandlungsstellen getragen und kontrolliert. Mit Verweis auf die schon erwähnten Ausführungen bei Raschke/Schliehe soll hier allerdings nur insoweit auf die Organisation und Durchführung der Förderungs- und Verwaltungsverfahren bei der Implementation der Modellprogramme eingegangen werden, wie dies notwendig erscheint, um die koordinierende und integrierende Wirkung der Modellprogramme innerhalb der Makroorganisation herauszustellen.

Beginnend mit einer mehr oder weniger detaillierten Beschreibung des Modellkonzeptes, dessen Zielen, Fragestellungen und Durchführungsbestimmungen sowie des vorgesehenen Zeit- und Finanzierungsplanes, wird das Modellprogramm durch

das BMJFG öffentlich ausgeschrieben. Bei der Auswahl der sich um die Modellförderung bewerbenden Einrichtungen bzw. Einrichtungsträger durch die jeweiligen Landesdrogenbeauftragten sowie durch den StAkD werden sodann meist diejenigen Einrichtungen in das Modellprogramm aufgenommen, die den inhaltlich-konzeptionellen und organisatorischen Modellvorstellungen am ehesten entsprechen. Die Einrichtungen müssen sich vorab verbindlich dazu verpflichten, die Modellaufgaben zu erfüllen, und dazu bereit sein ihre Arbeit zu dokumentieren bzw. sich einer permanenten Kontrolle durch die wissenschaftliche Begleitforschung zu unterziehen ¹²⁴. Dabei wird sowohl durch die Definition der Auswahlkriterien als auch durch die verbindliche Vorgabe von Aufgabenstellungen, Ausstattungs- und Organisationsformen nicht nur einer bundeseinheitlichen Normierung und Standardisierung der Dienstleistungsproduktion der Weg bereitet; vielmehr wird auch die Handlungs- und Gestaltungsautonomie der Einrichtungen vor Ort systematisch und auf Dauer erheblich eingeschränkt. Daß sich die restriktiv gestalteten und standardisierend wirkenden Förderungsauflagen auch nach Auslaufen der Modellförderung langfristig auf die Arbeitsbedingungen und Aufgabenerfüllung in den Einrichtungen auswirken, ist dabei weniger Ausdruck der Effektivität der eingeführten Modellkriterien als vielmehr Ergebnis mehrerer aufeinander bezogener Modellprogramme.

Seit Beginn der 'aktuellen' Drogenpolitik, vor nunmehr ca. 20 Jahren, wurden insgesamt drei Modellprogramme implementiert. Wenngleich auch die drei Programme getrennt und unter einer jeweils eigenen Thematik und Aufgabenstellung eingeführt wurden, so sind sie doch nicht losgelöst voneinander zu betrachten. Die Modellprogramme gehen nicht nur zeitlich ineinander über, sondern schreiben vielmehr die Modellaufgaben der jeweils vorausgegangenen Programme kontinuierlich fort bzw. ergänzen diese um weitere Vorgaben. Dies aber bedeutet dann nichts anderes, als daß selbst für solche Einrichtungen, die sich beispielsweise erst im dritten Modellprogramm um eine Förderung bewerben, die Modellaufgaben der beiden vorausgegangenen Programme als Förderungsvoraussetzungen verbindlich werden. Da darüber hinaus die Mitwirkung an den einzelnen Modellprogrammen zwischen den Einrichtungen

sehr breit gestreut ist, d.h. die Förderung von Einrichtungen innerhalb des Modellprogramms durch eine variable einrichtungsbezogene Gestaltung des Förderungszeitraumes zwischen einer Vielzahl verschiedener Einrichtungen fluktuiert, ist mithin sichergestellt, daß die sich in den Förderungsauflagen ausdrückenden drogenpolitischen Intentionen ohne nennenswerte Reibungsverluste 'flächendeckend', d.h. bis in die letzte Einrichtung, implementiert werden können. Für eine Institutionalisierung der so eingeführten Modellstandards in den Einrichtungen sorgt der schon in einem anderen Zusammenhang thematisierte Modus der Misch- bzw. Regelfinanzierung von Einrichtungen (vgl.: III.1.3.3.). Im Rahmen dieser Finanzierungsverflechtung garantieren die Bundesländer über eine Zweckbindung ihres Finanzierungsanteiles auch nach Auslaufen der Bundesförderung eine permanente Anwendung der Modellaufgaben. Die so über die Ausgestaltung des Modellförderungsverfahrens erreichte Normierung und Standardisierung der Aufgabenerfüllung erfolgt dabei jedoch nicht nur allein mit Blick auf die Entwicklung neuerer Methoden und Konzeptionen zur effektiven Gestaltung der Leistungsproduktion, sondern schafft durch eine Niveauangleichung der Aufgaben, Ausstattungs- und Organisationsformen in den Einrichtungen vielmehr auch die Voraussetzung für die Einführung eines einheitlichen quantifizierbaren Informations- und Kontrollsystems.

4.1.2.1. Implementation eines einrichtungsbezogenen Informationssystems (EBIS-Statistik)

Der Grundstein für die Einrichtung eines verbindlichen und bundeseinheitlich strukturierten Informationsverarbeitungssystems wurde 1971 mit der Implementierung des ersten Modellprogramms (Großmodell) des Bundes gelegt. Ohne an dieser Stelle näher auf die Inhalte des Großmodells (vgl.: ausführlicher III.4.1.2.1.) eingehen zu wollen, sei hier jedoch so viel vermerkt, daß durch die Modellaufgaben dieses ersten Programms die geförderten Einrichtungen erstmals dazu verpflichtet wurden, ihre Arbeit sowohl:

- konzeptionell (Behandlungsprogramm, theoretische Fundierung der Arbeit) und
- organisatorisch (Mitarbeiter, (-qualifikation), Räume, Öffnungszeiten etc.) als auch
- krankenbezogen (Personalakten und -charakteristika, Therapieplan, Behandlungsverlauf etc.)

zu dokumentieren. Die Art und Weise der Durchführung dieser Aufgaben blieb dabei zunächst den jeweiligen Einrichtungen überlassen. ¹²⁷ Entsprechend diesen bis dahin methodisch und inhaltlich nicht spezifizierten Dokumentationsanforderungen beschränkte sich die Informationssammlung zuweilen auf ein uneinheitliches und lückenhaftes Zusammentragen von mehr oder weniger wichtigen Entscheidungskriterien zur Klientel bzw. zur (ambulanten) Versorgungssituation. Diese unbefriedigende Situation änderte sich erst 1973 mit dem Einsetzen einer wissenschaftlichen Begleitforschung. Im Auftrag des BMJFG übernahm die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit beim Max-Planck-Institut für Psychiatrie die wissenschaftliche Beratung, Auswertung und Kontrolle des Modellprogrammes ¹²⁸, in dessen Kontext auch die Dokumentationsaufgaben an die Einrichtungen sukzessive systematisiert und in eine einheitliche Form gebracht wurden.

Die Implementation eines einheitlichen einrichtungsbezogenen Informationssystems ist dabei vor dem Hintergrund einer zu Anfang der 70er Jahre noch weit verbreiteten Unkenntnis über Art und Ausmaß des Mißbrauchsverhaltens und der Unsicherheit im Umgang mit dem Problem zu sehen. Entsprechend gehörte es

zu den wesentlichsten Aufgaben der Projektgruppe, die Informationssammlung nach interessierenden Fragestellungen zu organisieren, die erhobenen Datenbestände zusammenzufassen und nach bürokratischen und professionellen Kriterien statistisch aufzubereiten. In diesem Sinne wurden so die im Rahmen von Förderungsaufträgen eingeführten Dokumentationsaufgaben an die (ambulant)en Beratungs- und Behandlungsstellen gerichtet und unter die wissenschaftliche Leitung der Projektgruppe gestellt, die mithin die Basisdokumentationen der ambulanten Einrichtungen systematisierte und präziserte.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten und einer relativ kurzen Anlaufphase wurden schließlich 1976 von der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Caritasverband e.V. und dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe e.V. die Dokumentationsaufgaben der Einrichtungen mit Blick auf ein einfaches, schnell auswertbares, vergleichendes und routinemäßig handhabbares Informationssystem formalisiert und damit die Informationssammlung und -verarbeitung für alle (modellgeförderten) Einrichtungen in eine verbindliche Form gebracht. Mit der Einführung des sogenannten EBIS- Informationssystems (Einrichtungsbezogenes Informations-System) wurde es sodann innerhalb der Makroorganisation zum erstenmal möglich, vergleichbare bzw. kontrollierbare Daten von allen Modelleinrichtungen zu erhalten und diese sowohl zu planerischen als auch zu legitimatorischen Zwecken einzusetzen. 129. Die für die Erstellung der EBIS-Statistik notwendigen Informationen werden seitdem in den Einrichtungen mit Hilfe einer standardisierten Randlochkarte (vgl.: Anhang 9, Bl. 6) sowie eines jeweils mehrere Tabellen umfassenden Halbjahres- und Jahresstatistikbogens erhoben und zentral EDV-mäßig ausgewertet. 130. Die EBIS-Statistik liefert dabei neben dem Istbestand sowohl Angaben zur Trendeinschätzung der Entwicklung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauches, zu den therapeutischen Maßnahmen und langfristigen therapeutischen Ergebnissen als auch zu den aufgaben- und organisationsbezogenen Rahmenbedingungen der Einrichtungen. Um eine unmittelbare Zuordnung einrichtungsbezogener Daten zu einer bestimmten Einrichtung auszuschließen, werden die abgefragten Daten von einer 'neutralen' Datensammelstelle - i.d.R. handelt es sich hierbei um

die 'Landesstellen gegen Suchtgefahren' - gesammelt und von hier aus an die jeweiligen Zentralen der am EBIS-System beteiligten Verbände (DCV, DW, DHS) zur gesonderten Auswertung weitervermittelt. Die gemeinsame Auswertung der Daten, an der dann sämtliche Trägerverbände beteiligt sind, erfolgt dabei auf der Ebene von Bund und Ländern (bzw. auf der Ebene von Diözesen und Landeskirchen). Eine ortsbezogene Auswertung des Datenbestandes, die unter Umständen eine unmittelbare Zuordnung von Daten zu einzelnen Einrichtungen erlauben würde (Kontrolle), ist durch Vereinbarung der Verbände offiziell ausgeschlossen (vgl.: Anhang 8).

Wenngleich das EBIS-Informationssystem eine Einrichtung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist, kommt der EBIS-Statistik eine zentrale und bundesweite Bedeutung zu. Diese resultiert daraus, daß mit Hilfe des einrichtungsbezogenen Informationssystems nicht nur die Entscheidungen zur Planung und Anpassung des Versorgungsangebotes im ambulanten Bereich auf eine quantitative Grundlage gestellt werden, sondern vielmehr auch daraus, daß mit der formalisierten und standardisierten statistischen Aufbereitung der Information die Voraussetzungen für eine zentrale Planung und Koordination des multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses innerhalb der Makroorganisation geschaffen wurden. 131)

Die Teilnahme am EBIS-Informationssystem ist inzwischen nicht nur für die Einrichtungen von Trägerverbänden der Freien Wohlfahrtspflege verbindlich eingeführt worden. Im Rahmen der allgemeinen Förderungsrichtlinien der Länder werden auch öffentlich geförderte ambulante Einrichtungen zur EBIS-Datenerfassung verpflichtet; eine Ausdehnung der EBIS-Statistik auf den stationären Bereich ist geplant.

Neben der Einführung des EBIS-Informationssystems gehen von den Modellprogrammen des Bundes noch weitere entscheidende Impulse für die Ausgestaltung der Drogenpolitik aus. Um die Einflüsse der drei Modellprogramme, die diese auf die Problemdefinition, insbesondere aber auf die Ausgestaltung und Koordination des Problembearbeitungsprozesses in der Drogenpolitik genommen haben, zu explizieren, sollen nachfolgend die jeweils bedeutendsten Aspekte der drei Modellprogramme herausgestellt werden.

4.1.2.2. Modell zur Förderung von Einrichtungen zur Beratung, Betreuung und ambulanten Behandlung Drogenabhängiger und -gefährdeter Jugendlicher (Großmodell)

Ausgangslage: Angesichts einer wachsenden Anzahl von jugendlichen (illegalen) Drogenkonsumenten und steigender Drogen-Todesfälle wuchs Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre der öffentliche Problem- und Handlungsdruck. Experten prognostizierten die Anzahl der jugendlichen Drogenabhängigen für 1990 auf ca. 250.000. Es waren so gut wie keine Therapieplätze vorhanden; ein spezielles Therapiekonzept zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger existierte nicht. 132,

Dauer, Kosten und Umfang der Modellförderung : Laufzeit des Modells von 1971 bis Ende 1977; ab März 1973 bis Juni 1978 wissenschaftliche Begleitung des Modells durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts; Kostenanteile des Bundes und der Länder ca. 32 Mill. DM; die Modellförderung bezog sich zunächst auf 118 Einzelmaßnahmen. Diese Zählweise erwies sich jedoch als wenig praktikabel. Die Modellförderung wurde sodann auf 60 Einrichtungen begrenzt. Durch eine nicht-kontinuierliche bzw. zwischen den Einrichtungen fluktuierende Förderung waren insgesamt jedoch erheblich mehr Einrichtungen (genauere Angaben darüber liegen nicht vor) an dem Modellprogramm beteiligt. Obwohl vorgesehen war, die Modellförderung lediglich auf ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen zu beschränken, wurden entgegen dieser Absicht auch einige stationäre Einrichtungen modellhaft gefördert. 133,

Organisation und Durchführung der Modellförderung : Modellausschreibung durch das BMJFG; inhaltlich-konzeptionelle Planung durch den StAkD. Die Gesundheitsressorts der Bundesländer (bzw. die Drogenbeauftragten) wählten zwischen den hier zusammenlaufenden Förderungsanträgen der Einrichtungen aus und leiteten die ausgewählten Modellanträge zur endgültigen Bewilligung an den StAkD weiter. Die Länder übernahmen unter Zwischenschaltung der Regierungspräsidien die verwaltungsmäßige Abwicklung des Förderungsverfahrens und trugen auch für die fachliche Betreuung der geförderten Einrichtungen Sorge. Darüber hinaus verpflichteten sich die Länder,

nach Auslaufen der Bundesförderung den Fortbestand der Modelleinrichtungen dadurch sicherzustellen, daß sie diese soweit die Versorgungssituation dies notwendig erschien ließ in eine Landesförderung übernahmen. Zusammen mit der Projektgruppe übernahmen die Länder auch die Kontrolle der Einrichtungen. 134)

Zielgruppe: Beschränkte sich zunächst auf jugendliche Konsumenten illegaler Drogen (Drogenabhängige und -gefährdete); ab 1976 Ausweitung der Zielgruppe auf jugendliche Alkoholkonsumenten. 135)

Zielsetzung des Modellprogramms: Verbesserung der (ambulant) Versorgungssituation sowohl in quantitativer (Neuschaffung und Ausbau von Beratungs- und Behandlungsstellen) wie in qualitativer Hinsicht (Entwicklung von Therapiekonzepten und -methoden zur Behandlung jugendlicher (illegaler) Drogen- bzw. Alkoholkonsumenten); Schaffung bundeseinheitlicher Regelung hinsichtlich der organisatorischen Form und der fachlichen Arbeitsweise ambulanter Beratungs- und Behandlungseinrichtungen. 136)

Aufgabenstellung und Modellauflagen: Aufgrund des noch unzureichenden Wissens zu Art und Umfang des illegalen Drogenmißbrauchs bzw. in Ermangelung spezieller Problemlösungsstrategien wurden in der Modellankündigung des Bundes Aufgabenstellung und Förderungsauflagen zunächst kaum spezifiziert. Das BMJFG beschränkte sich vielmehr in seinen Forderungen darauf, von den geförderten Einrichtungen die (regelmäßige) Erstellung von halbjährlichen (formlosen) Arbeitsberichten zu verlangen, und gab ansonsten lediglich Hinweise darauf, daß die geförderten Einrichtungen in eine wissenschaftliche Untersuchung einbezogen werden könnten. Sowohl die interne Organisation als auch die inhaltliche Ausgestaltung der therapeutischen Arbeit lag noch ganz im Ermessen der Einrichtungen, wobei sich das BMJFG in der Modellankündigung das Recht vorbehielt, mit fortschreitendem Erkenntnisstand die Aufgabenstellungen und Modellauflagen zu präzisieren und in eine verbindliche Form zu bringen. 137) Nach Anlaufen der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit im Jahre 1973 wurde

entsprechend der Vorbehaltsklausel des BMJFG durch eine zunehmende Konkretisierung und Formalisierung der Aufgabenstellungen und Förderungsaufgaben der Handlungs- und Ermessensspielraum der Einrichtungen sukzessive eingeschränkt; ab 1976 wurden Aufgaben und Modellaufgaben verbindlich spezifiziert (vgl. hierzu auch Anhang 9):

- 1976: die geförderten Einrichtungen werden im Rahmen des 1975 durch den StAkD beschlossenen 'Aktionsprogramms zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauches' dazu verpflichtet, zusätzlich jugendliche Alkoholkonsumenten in die (ambulante) Beratung und Behandlung einzubeziehen 139);

- 1976: probeweise Einführung von Mindeststandards (Mindestkriterien) für ambulante Einrichtungen in Bezug auf die :
(1) Erstellung von schriftlichen Unterlagen zur Kennzeichnung und Beschreibung der Einrichtungen hinsichtlich deren Konzeption, der theoretischen Grundlagen der Arbeit, des methodischen Vorgehens, der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, der Erstellung von formalisierten Halbjahres- und Jahresberichten.

(2) Systematisierung und Formalisierung der Dokumentationsaufgaben durch Einführung eines standardisierten und strukturierten Kartei- und Anamnesebogens, eines Behandlungsverlaufs-bogens, eines formalisierten Behandlungsplans sowie der Dokumentation von Behandlungsergebnissen (vgl. hierzu auch Ausführungen zur Einführung der EBIS-Statistik, Pkt. III.4.1.2.1.)

(3) .Vorgabe von Ausstattungsanforderungen im Hinblick auf die Personalzusammensetzung in den Einrichtungen (mindestens zwei hauptamtliche Mitarbeiter, wovon mindestens einer als Sozialarbeiter, Psychologe oder Arzt qualifiziert sein sollte); Systematisierung der einrichtungsin-
ternen Organisation (Tagebuch, Dienstplan, Beschlußbuch, Regelung der Öffnungszeiten der Einrichtungen, Ausstattung mit Räumen etc.) und Kommunikation (kollegiale Therapieüberwachung, Supervision)

- 1977: In Absprache mit dem StAkD und im Einvernehmen mit den Wohlfahrtsverbänden werden die Mindestkriterien 139) für die geförderten Einrichtungen verbindlich eingeführt (vgl.: Anhang 9). Vom StAkD in die Form eines Richtlinienbeschlusses gebracht, werden die Mindestkriterien über Verwaltungs-

vorschriften in die Förderungsauflagen der Bundesländer einbezogen und über den Modus der Mischfinanzierung von Einrichtungen auch für die nicht-modellgeförderten Einrichtungen verbindlich implementiert.

Zur besseren Übersicht sind die ab 1977 von den ambulanten Einrichtungen zu erfüllenden Mindeststandards noch einmal in nachfolgender Abbildung (vgl. Abb. 8) zusammenfassend dargestellt.

Kontrolle der Förderungsauflagen (Mindestkriterien): Die Überprüfung der Einrichtungen auf Einführung und Einhaltung der Mindestkriterien erfolgt in Abstimmung mit dem BMJFG und dem StAKD durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit; die Kontrolle selbst ist weitestgehend formalisiert: Die Einrichtungen haben zu einem bestimmten Stichtag den Nachweis bezüglich der Erfüllung der Mindeststandards in Form von Berichten, Karteikarten, Anamnesebögen etc. zu erbringen; Nichterfüllung der Mindestkriterien ist i.d.R. mit einer Einstellung der (Modell-) Förderung verbunden.

	Mindestkriterium (Kurzbezeichnung)	Überprüfung	Aufstellung der Mindestkriterien plus Überprüfung bei einer Befragung Anfang 1977
I. Schriftliche Unterlagen	1. Konzeption der Einrichtung	Abgabe zweier Exemplare	
	2. Beschreibung des Vorgehens in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen	- " -	
	3. Halbjahresbericht (Zwischenber.)	- " -	
	4. Jahresbericht	- " -	
II. Dokumentation der Massnahmen	5. Karteibogen	Abgabe zweier Musteroxemplare	
	6. Anamnesebogen	- " -	
	7. Behandlungsplan	- " -	
	8. Verlaufsbogen	- " -	
	9. Status bei Betreuungsende	- " -	
III. Ausstattungsanforderungen	10. Führen von Unterlagen für die interne Organisation	Mitteilung	
	11. Werktägliche Öffnung zu festen Zeiten	- " -	
	12. Mindestens zwei ständige Mitarbeiter; davon einer hauptamtl., ausgebildet als Sozialarb., Psychol. od. Arzt, oder eine Person mit besonderer fachl. Qualifikation	- " -	
	13. Mind. 1 Therapieraum, der nicht für Büro Zwecke benutzt wird	- " -	
	14. Mind. 1 Fallbesprechung/Woche, mit Protokoll	- " -	
	15. Mind. 1 kollegiale Therapieüberwachung/Monat für jeden Therapeut.	- " -	

Abb.: 8

(Quelle: Bühringer, G. Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des BMJFG, München 1981, S. 242.)

Wichtige Ergebnisse des Modellprogramms: Problemausweitung auf die Gruppe jugendlicher Alkoholkonsumenten; Einführung eines routinemaßig anwendbaren Basisdokumentationssystems (EBIS-Statistik) für Planungs- und Kontrollzwecke; Strukturierung der internen Organisation der Einrichtungen und beginnende Standardisierung der Leistungsangebote, Entwicklung und Einführung standardisierter, vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierter Therapieverfahren (Therapiemanuale) 140; zum Teil erhebliche Kostensteigerungen in der (ambulant) und stationären Suchtkrankenhilfe, insbesondere hervorgerufen durch Auflagen zur personellen Ausstattung der Einrichtungen 141; Institutionalisierung finanzieller Abhängigkeiten der Einrichtungen von Bundes- und Landeszuschüssen.

Abschließend bleibt festzustellen, daß mit diesem ersten Modellprogramm des Bundes zur Förderung von (ambulant) Einrichtungen zur Beratung und Behandlung jugendlicher (illegaler) Drogen- und Alkoholkonsumenten die entscheidenden Schritte in Richtung auf eine bundeseinheitliche Steuerung und Kontrolle von sowohl ambulanten als auch stationären Einrichtungen in die Wege geleitet worden ist. Indem nämlich wider die eigentliche Modellförderung von ausschließlich ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen auch einige stationäre Einrichtungen an dem Modellprogramm teilnahmen, wurden die eigentlich nur für ambulante Einrichtungen konzipierten Mindestkriterien auch für die stationären Einrichtungen, quasi als Folge einer 'Modellpanne', verbindlich eingeführt und später von den Kostenträgern in deren 'Anerkennungsvoraussetzungen für stationäre Einrichtungen' eingearbeitet (vgl.: Anhang 1, Bl. 2 f). Neben den Teilzielen der Einführung bundeseinheitlicher Regelungen sowie der Steuerung und Kontrolle von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen wurde über das Modellprogramm sowohl eine quantitative Verbesserung der Versorgungssituation als auch eine Angleichung der therapeutischen Rahmenbedingungen erreicht; eine Standardisierung von Therapieverfahren wurde eingeleitet. Mit Blick auf die Erfüllung der mehr oder weniger präzise formulierten Modellziele war das Programm somit ein voller Erfolg.

Für die Einrichtungen brachte das Modellprogramm außer einer zeitlich befristeten finanziellen Unterstützung kaum Vorteile. Ihr Handlungs- und Ermessensspielraum wurde vielmehr durch die Modellauflagen auf Dauer drastisch eingeschränkt und ihr Arbeitsaufwand durch Ausweitung der Problemdefinition und Erstellung von Dokumentationsunterlagen erheblich gesteigert. Mit der Einbindung in die EBIS-Statistik wurden die Einrichtungen nicht nur permanent kontrollierbar, sondern auch in eine Art 'Generalplanung' des Bundes und der Länder einbezogen. Sowohl diese die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen direkt reglementierenden Auswirkungen des Modellprogramms als auch die damit einhergehenden indirekt induzierten Folgen (wie Erfolgszwang, Steigerung der Anzahl der betreuten Klienten, konzeptionelle Abgrenzung gegenüber anderen Beratungsstellen etc. zum Zwecke einer guten, der vergleichenden Kontrolle der Förderungsinstanzen standhaltenden Selbstdarstellung der Einrichtungen) wirkten sich dabei auch auf die unmittelbar klientenbezogene therapeutische Arbeit aus. So ging nicht nur der enorme Zeitaufwand, den die Mitarbeiter in den Einrichtungen zur Erfüllung der umfangreichen Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben aufwenden mußten, eindeutig zu Lasten der therapeutischen Betreuung des Klienten, sondern vielmehr behinderten Regelungen wie beispielsweise die Einführung fester Öffnungszeiten, Dienstpläne oder das standardisierte Abfragen von Klientendaten den therapeutischen Prozeß bzw. schafften eine unnötige Distanz zwischen Klienten und Therapeuten und provozierten Schwellenängste, die eine effektive Leistungsvermittlung schon im Vorfeld verhinderten.

Insgesamt gesehen wurden die Klienten und Mitarbeiter in den Einrichtungen zunehmend administrativ vereinnahmt und dementsprechend bei der Durchführung der therapeutischen Arbeit von den Verwaltungsentscheidungen abhängig. Die durch das erste Modellprogramm ausgelöste Formalisierung und Standardisierung der Leistungsproduktion bereitete dabei (folgelogisch) einer Problemgeneralisierung den Weg. Wie nachfolgend gezeigt wird, setzte das zweite Modellprogramm, das sogenannte 'Psychosoziale Anschlußprogramm', genau an dieser Stelle an und führte die eingeleiteten Entwicklungen bezüglich der Problemgeneralisierung und eines formalisierten und

standardisierten Problembearbeitungsprozesses fort.

4.1.2.3. Das Psychosoziale Anschlußprogramm (PSAP)

Ausgangslage: Wenngleich auch der enorme politische Handlungsdruck zu Beginn der 70er Jahre im Verlaufe der Implementation des 'Großmodells' an Vehemenz verlor und auch die intendierten Steuerungsabsichten hinsichtlich der organisatorisch-institutionellen Rahmengenbung der Leistungsproduktion weitgehend erreicht werden konnten, blieb jedoch die Akzeptanz der Modellmaßnahmen durch die Zielgruppe der drogen(alkohol-)gefährdeten und -abhängigen Jugendlichen hinter den Modellerwartungen zurück. Die Reglementierungen zur Durchführung der Beratung und Behandlung im Rahmen des 'Großmodells' hatten mitunter dazu geführt, daß die Klienten häufig selbst die ambulante Behandlung abbrachen oder überhaupt vor einer Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle zurückschreckten. Einer gewaltig expandierenden ambulanten Suchtkrankenhilfe stand somit in der Folge eine weitaus weniger drastisch steigende Leistungsnachfrage gegenüber. Vor diesem Hintergrund eines Leistungsüberhanges bereitete das BMJFG in Abstimmung mit dem StAkD noch während der Laufzeit des 'Großmodells' durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts das sogenannte 'Psychosoziale Anschlußprogramm' vor, dessen primäres Programmziel die 'Fahrtensuche' suchtgefährdet erscheinender junger Menschen war. Die geplanten Modellmaßnahmen zum PSAP waren dabei angesichts einer weiterhin ungebrochenen Zunahme von Drogen-Todesfällen und Rauschgiftdelikten sowie einer immer stärkeren Betonung der Alkoholgefährdung Jugendlicher auch gegenüber der Öffentlichkeit hinreichend legitimatorisch abgesichert. 142)

Dauer, Kosten und Umfang der Modellförderung : Laufzeit des Modells von 1978 bis Ende 1982; Planung und Entwicklung der Modellkonzeption durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts von ca.1976-1978. Durchführung der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprogramms von 1978-1982, ebenfalls durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit. Kosten des Modellprogramms ca. 50 Mill. DM (ohne Kosten für wissenschaftliche Begleitforschung), die je zur Hälfte von Bund und Ländern getragen wurden. In der Anlaufphase (bis 1979) Förderung von 20 Einrich-

tungen, danach Ausweitung der Modellförderung auf 40 Beratungsstellen. Die Förderung beschränkte sich ausschließlich auf ambulante Einrichtungen. 143)

Organisation und Durchführung der Modellförderung : Die Auswahl der zu fördernden Beratungsstellen und die organisatorische Abwicklung des Förderungsverfahrens erfolgte entsprechend dem Förderungsmodus beim 'Großmodell' (vgl.: III.4.1.2.2.).

Zielgruppe: Entsprechend dem Psychosozialen Ansatz der Modellkonzeption lag der Definition der Zielgruppe die Vorstellung zugrunde, daß "ein erheblicher Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die eine Drogenberatungsstelle aufsuchen (...), Probleme (hat), die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit einem Drogen- oder Alkoholmißbrauch stehen. Sie sind aber hochgradig gefährdet, Rauschmittel als vermeintliche Problemlöser zu mißbrauchen, wenn ihre Probleme nicht in der Beratung oder Behandlung bearbeitet werden. Es wäre nicht sinnvoll, diese Gruppe junger Menschen an andere Einrichtungen zu verweisen oder gar neue Einrichtungen zu schaffen. Auch eine Trennung nach dem Drogentyp ist hier nicht angebracht. Vielmehr müssen die Fachkräfte in den Drogenberatungsstellen in der Lage sein bereits im Vorfeld konkreter Rauschmittelgefährdung die Problematik des Ratsuchenden aufzuarbeiten". 144) (Hervorhebungen nicht im Original)

Anders ausgedrückt und etwas überspitzt interpretiert, wurde mit diesem Erklärungsansatz einer generellen Beratungs- und Behandlungsbedürftigkeit Jugendlicher und junger Erwachsener das Wort geredet; da es Jugendliche ohne irgendwelche Probleme noch nie gegeben hat und auch wohl nie geben wird, wurde somit über den psychosozialen Begründungszusammenhang die Gruppe der Jugendlichen als grundsätzlich potentiell gefährdet und behandlungsbedürftig definiert. Diese allgemeine und generalisierende Zielgruppendefinition erfuhr dabei auch insoweit kaum eine Einschränkung, wie im Rahmen der Förderungsvoraussetzungen der Schwerpunkt der Arbeit in den Beratungsstellen auf die Klientel der 14-25jährigen und deren Bezugspersonen gelenkt wurde bzw. die Arbeit mit den Klienten einen (nach Einschätzung der Drogenberater) konkre-

ten Drogenbezug aufweisen sollte.

Zielsetzung des Modellprogramms: Neben der Entwicklung ambulant anwendbarer Therapiemanuale und einer Intensivierung ambulanter Behandlungstätigkeit richtete sich das Hauptaugenmerk des FSAP auf die Fährstensuche und Früherfassung gefährdet erscheinender Jugendlicher und junger Erwachsener.

145)

"Bei diesem Programm wird es darauf ankommen, die gefährdet erscheinenden jungen Menschen bereits im Vorraum der Therapienotwendigkeit zu erreichen" 146). "Die Einsicht gefährdet zu sein, fehlt dem Klienten, solange er einigermaßen sozial integriert ist. Auch seine Umwelt bemerkt oft sehr spät, daß Probleme vorliegen bzw. sie kann Problemverhalten mangels Wissen nicht richtig interpretieren. (...) Die Suche nach dem Gefährdeten muß deshalb als neues Aufgabenfeld gesehen werden. Als Bereiche, in denen Gefährdete entdeckt werden können, bieten sich an:

- Schulen (Hauptschulen, Real- und Oberschulen, Berufsschulen)
- Betriebe, insbesondere solche mit Ausbildungswerkstätten
- Einrichtungen der Jugendpflege (Häuser der offenen und teiloffenen Tür, Jugendzentren)
- (Sport)Vereine und Interessengemeinschaften
- kirchliche und andere Jugendorganisationen
- Diskotheken und andere 'Jugendtreffs'
- Soziale Brennpunkte

Um Verhalten als auffällig zu erkennen und einzuordnen bedarf es geschulter Beobachtung und eines Basiswissens über einschlägige Verhaltensformen. Selbst bei guter Besetzung wird es den Beratungsstellen nicht überall möglich sein, in allen erwähnten und denkbaren Aufgabenfeldern die Suche nach dem Klienten selbst wahrzunehmen. Sie wird sich deshalb besonderer 'Fährtsensucher' bedienen müssen. Einerseits bedarf es vielleicht nur einer intensivierten Zusammenarbeit mit schon vorhandenem Fachpersonal, das Gefährdete anspricht und die Beratungsstelle aufmerksam macht, wie es zum Beispiel der schulpyschologische und -ärztliche, der werksärztliche Dienst, oder der Sozialarbeiter im Jugendfreizeitheim könnte. Zum anderen wird es notwendig sein, Multiplikatoren und Mei-

nungsführer zu gewinnen und zur 'Fährtsuche' zu befähigen; ihnen Grundlagen über psychosozial auffälliges Verhalten und die Beobachtung von abweichenden Verhaltensweisen zu vermitteln. Als solche Multiplikatoren bieten sich z.B. Lehrer, die Vertreter der Schülermitverwaltung, Übungsleiter im Sportverein und Gruppenleiter bei anderen Organisationen an. Für all die Einrichtungen, in denen Jugendliche nicht organisiert auftreten, gilt es, die Mithilfe von 'informellen' jugendlichen Meinungsführern bei der 'Fährtsuche' zu gewinnen; als 'ad-hoc Mitarbeiter' könnten in besonderen Fällen auch stabile Exabhängige fungieren. Es wird zu prüfen sein, ob es sinnvoll ist, diese Mitarbeiter durch ein entsprechendes Schulungsprogramm auszubilden." 147. (Hervorhebungen nicht im Original)

Um die Suche der Drogenberatungsstellen zusätzlich zu intensivieren, wurde die bisherige Zusammenarbeit zwischen Erziehungsberatungsstellen, den Gesundheits- und Sozialämtern, Rechtsberatungsstellen, der Telefonseelsorge, den niedergelassenen Ärzten und Psychologen, Krankenhäusern, Strafvollzugsanstalten, Bewährungshelfern, aber auch mit Jugendhäusern und anderen Freizeiteinrichtungen" vorangetrieben und ausgebaut.

Zusammenfassend lassen sich danach die Modellziele auf die folgenden Begriffe bringen: Ausbau und Intensivierung der ambulanten Behandlung, Suche nach Klienten, (potentiell Gefährdeten), Einsatz und Schulung von Fährtsuchern.

Aufgabenstellungen und Modellaufgaben: Das PSAP baut unmittelbar auf den Erfahrungen des Großmodells auf. Es übernimmt nicht nur sämtliche der dort eingeführten Mindestkriterien in die Modellaufgaben zum PSAP, sondern erweitert diese um weitere Aufgabenbereiche. 148. War zu Beginn des Großmodells die Aufgabenformulierung wenig konkret gewesen und bezogen sich die eingeführten Regelungen vorwiegend auf die interne Organisation der Einrichtungen sowie auf die Dokumentation bzw. Kontrolle ihrer Arbeit, so legte das PSAP neben einigen organisatorischen Ergänzungen den Aufgabenschwerpunkt auf die verbindliche Vorgabe und inhaltliche Strukturierung von Aufgabenbereichen (vgl. Anhang 10); die Modelleinrichtungen

wurden dabei auf die Wahrnehmung folgender Aufgabenbereiche verpflichtet:

1. Früherfassung von Gefährdeten
2. Beratung, Vermittlung und Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung
3. Betreuungsarbeit von Klienten mit gerichtlicher Auflage zur Behandlung
4. Ambulante psychosoziale Behandlung
5. Begleitende Betreuung während eines Entzuges, Klinikaufenthaltes oder Freiheitsentzuges
6. Beratung und Behandlung der Bezugspersonen des Klienten (Familientherapie)
7. Nachsorge
8. Krisenhilfe und -intervention
9. Bereitstellung einer ständigen 'therapeutischen' Bezugsperson, die den Klienten während des gesamten Beratungs- und Behandlungsablaufes in der Einrichtung - auch bei Durchführung von Einzelmaßnahmen durch andere Mitarbeiter bzw. bei Einschaltung anderer Institutionen - betreut
10. Errichtung einer Kooperationsebene mit anderen Institutionen
11. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (im Sinne der Fährtsensuche)

Wenngleich auch die Art und Weise der Ausgestaltung und Durchführung der Aufgaben in den meisten Bereichen von Anfang an nicht explizit festgelegt wurde, so erfolgte jedoch im weiteren Verlauf des Modellprogramms durch die Formulierung von Qualifikationsprofilen der therapeutisch tätigen Mitarbeiter bzw. durch Schulung der Mitarbeiter in bestimmten Therapietechniken (vgl.: III.5.1.2.) eine 'korrigierende' Steuerung hinsichtlich der anzuwendenden (therapeutischen) Methoden und Techniken der Aufgabenerledigung. 147)

Neben den inhaltlich organisatorischen Aufgabenstellungen wurden die Modellaufgaben auch bezüglich der personellen Ausstattungsanforderung angehoben. Die personelle Mindestausstattung erweiterte sich auf vier hauptamtliche Mitarbeiter, wovon einer als Psychologe, zwei als Sozialarbeiter und eine(r) als Verwaltungangestellte(r) qualifiziert sein sollte. Darüber hinaus sollten für vorher festgelegte Aufgabenbereiche nebenamtliche Mitarbeiter beschäftigt sowie assoziierte Mitarbeiter für bestimmte Außendienstaufgaben (Fährtsensuche) angeworben werden. 150)

Kontrolle der Förderungsauflagen (Mindestkriterien): Eine permanente Kontrolle der Einrichtungen auf Einhaltung der Mindestkriterien erfolgte - wie auch schon im Großmodell - im Zusammenhang mit den Dokumentationsauflagen und deren Auswertung durch die wissenschaftliche Begleitforschungsgruppe. Bei Nichterfüllung der Modellaufgaben wurde die Modellförderung durch die Förderungsinstanzen aufgekündigt.

Wichtige Ergebnisse des Modellprogramms: Erfolgte schon im Verlaufe des 'Großmodells' mit der zusätzlichen Problematisierung und Bearbeitung des Alkoholkonsums Jugendlicher eine Problemausweitung, so wurde über den psychosozialen Ansatz des PSAP nicht nur der (illegale) Drogen - und (legale) Rauschmittelkonsum zum allgemeinen 'Suchtproblem' generalisiert, sondern auch eine universale Problemdefinition in die Drogenpolitik eingeführt. War die Problemdefinition während des 'Großmodells' noch stoffgebunden und setzte sie einen zumindest zeitweise praktizierten Drogenkonsum voraus, so ist die Problemdefinition seit dem PSAP nicht mehr an bestimmten stofflichen Substanzen festgemacht. Allein der Verdacht, auf irgendwelche Probleme zukünftig abweichend zu reagieren, z.B. durch den Konsum von Drogen oder durch ein 'abnormes' Eß- oder Spielverhalten, reicht seitdem aus, um eine 'Lawine' sozialer Dienstleistungsproduktion in Gang zu setzen. Um ein "Ausufern der Tätigkeit" ¹⁰¹ zu verhindern, war zwar in den Förderungsvoraussetzungen des PSAP vermerkt worden, daß die Arbeit mit dem Klienten einen konkreten Drogenbezug aufweisen sollte, doch war diese einschränkende Klausel in dem Maße unpräzise, wie sie vom Ermessen und dem subjektiven Problemverständnis des jeweiligen Mitarbeiters in der Einrichtung abhängig war. Wider diese Einschränkung ermöglichte es vielmehr der psychosoziale Ansatz des Modellprogramms, daß die Einrichtungen ihre Aktivitäten auch auf die Gruppe der unmittelbaren 'familiären' Bezugspersonen ihrer Klientel (Familie, Freundeskreise) ausweiteten (Familientherapie).

Sind der Klient und seine 'familiären' Bezugspersonen dann erst einmal in die 'Fangnetze' der Beratungs- und Behandlungsstellen geraten und von einer den gesamten Beratungs- und Behandlungsablauf steuernden und kontrollierenden 'the-

therapeutischen' Bezugsperson aus der Einrichtung 'vereeinnahmt' worden, kann sich der Klient nicht mehr in eigenem Ermessen, d.h. ohne Repressalien befürchten zu müssen, dem sich ver selbstständigenden Problembearbeitungsprozeß entziehen. Veranlaßt er eigenverantwortlich und entgegen dem Dafürhalten der therapeutischen Bezugsperson die vorzeitige Beendigung der Behandlung, so verweigern häufig nicht nur die Beratungsstellen eine vom Klienten zu einem späteren Zeitpunkt nachgefragte Hilfeleistung; in Zusammenarbeit der Institutionen verfallen vielmehr häufig auch Strafaussetzungen zur Bewährung, 'Arbeitsplatzburgschaften' werden durch die Beratungsstelle aufgekündigt, Sozialhilfeleistungen gekürzt und/oder die Krankenkassen- und Rentenversicherungsträger - unter Hinweis auf die fehlende Mitwirkungsbereitschaft des Betroffenen - von ihrer gesetzlichen Leistungsverpflichtung gegenüber dem Klienten entbunden. Insgesamt gesehen wird somit nicht nur von Seiten der Fährtensucher 'Jagd' auf Klienten gemacht, sondern auch von Seiten der ambulanten Einrichtungen wird versucht, den einmal gewonnenen Klienten im Beratungsprozeß der Einrichtung zu halten.

Die Bereitstellung von behandlungsbegleitenden 'therapeutischen' Bezugspersonen erfolgte denn auch in der Absicht, den Klienten nicht auf dem Wege über die Vermittlung an 'Fachleute' in anderen Institutionen (Ärzte, Kliniken, Arbeitsämter etc.) für die Beratungsstelle zu verlieren. 182) Die Sorge der ambulanten Einrichtungen vor einem 'Abwerben' und 'Einbehalten' der Klienten durch andere Institutionen erwies sich dabei insofern als begründet, wie durch die Modellauflagen des PSAP zur inhaltlichen Festlegung der Aufgabenbereiche ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen diese nicht nur hinsichtlich ihres Dienstleistungsangebotes nivelliert, sondern infolge der Aufgabenfestschreibung auch gegenüber den Tätigkeitsfeldern anderer Einrichtungen abgegrenzt wurden (z.B.: physischer Entzug durch Krankenhaus, psychische Entwöhnung in Kurkliniken, Wohnungsvermittlung durch das Wohnungsamt, Kontrolle der Bewährungsaufgaben durch den Bewährungshelfer etc.). Indem die Einrichtungen mit der Aufgabenzuweisung auf die Bearbeitung bestimmter Problemzusammenhänge spezialisiert wurden, waren sie zu einer ganzheitlichen Problembearbeitung allein nicht mehr fä-

hig und zunehmend auf die partielle Mithilfe von Fachleuten in anderen Institutionen angewiesen bzw. sahen sie sich permanent vor die Notwendigkeit gestellt, durch 'Überweisung' von Klienten andere Organisationen am Problembearbeitungsprozeß zu beteiligen. Infolge der dadurch bedingten fragmentarischen Problembearbeitung wurden so nicht nur für die Klienten die Problemzusammenhänge auseinanderdividiert (Problemsegmentierung), sondern vielmehr auch funktionale Abhängigkeiten zwischen den ambulanten Einrichtungen und den anderen am Problembearbeitungsprozeß beteiligten Organisationen geschaffen. Damit aber wirkten sich die (restriktiven) Modellaufgaben indirekt dahingehend aus, daß die Beratungsstellen zusehends in die Position einer Klienten und Leistungsangebote vermittelnden Koordinationsstelle gedrängt wurden. Zwar war es dabei Aufgabe der 'therapeutischen' Bezugspersonen, den fragmentierten Problembearbeitungsprozeß im Einzelfall zu koordinieren, die problembezogene inhaltliche Koordination verblieb jedoch bei den Klienten.

Die Entwicklung ambulanter/stationärer Therapiemanuale durch die Projektgruppe des Max-Planck-Instituts und deren Implementation im Rahmen des PSAP gab schließlich mit den Anstoß für eine zunehmende Professionalisierung der Mitarbeiter in den ambulanten Beratungsstellen (ausführlicher hierzu vgl.: III.5.1.2.). Einerseits erforderten die eingeführten Therapieverfahren von dem therapeutisch tätigen Personal eine entsprechende psychologische, psychiatrische und/oder sozialpädagogische berufliche Vorbildung, andererseits wurden die Mitarbeiter in den Einrichtungen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Workshops, Kontaktseminaren und speziellen Schulungen durch die Projektgruppe in die (teil-)standardisierten Therapieverfahren eingeführt. 163. Waren vor der Implementation ambulanter/stationärer Therapiemanuale auch nicht entsprechend qualifizierte ehrenamtliche Mitarbeiter und/oder Ex-User in der Beratung und Behandlung tätig gewesen, so wurden diese über die verbindliche Vorgabe beruflicher Anspruchsvoraussetzungen von einer Mitarbeit im Beratungs- und Behandlungsprozeß weitgehend ausgeschlossen und durch die professionellen Experten verdrängt.

Neben der verbindlichen Formulierung beruflicher Anforderungsprofile dürfte aber auch die schon während des Großmodells eingeführte 'kollegiale Therapieüberwachung' (mindestens einmal pro Monat für jeden Therapeuten mit Protokoll) einen Professionalisierungsschub ausgelöst haben. Indem die therapeutisch tätigen Mitarbeiter darauf verpflichtet wurden, sich gegenseitig (oder durch Zwischenschaltung eines externen Supervisors) bei der Arbeit zu kontrollieren, entweder durch ein :

- "- Dabeisein in der Therapiestunde, oder
- Anhören eines Tonbandes der Stunde, oder
- Ansehen eines Videobandes der Stunde, oder
- Beobachtung der Stunde durch eine Einwegscheibe,
- sowie (durch ein) anschließend(es) Gespräch über den Verlauf der Stunde und das Vorgehen des Mitarbeiters" 184,

wurde mitunter weniger eine gegenseitige kollegiale Hilfestellung erreicht als vielmehr einem Wettbewerb innerhalb des therapeutischen Personals der Weg bereitet. Vor diesem Hintergrund mag der verstärkte Wunsch der Mitarbeiter nach Weiterbildung bzw. das Bemühen um zusätzliche Qualifikationen in den verschiedensten Therapietechniken (vgl. : III.5.1.2.) eine weitere mögliche Erklärung finden und die Professionalisierungstendenzen im ambulanten Bereich unterstreichen. 185,

Wenngleich der Ausbau der ambulanten Therapie als Alternative zur stationären Unterbringung für die Klienten unbestreitbare Vorteile mit sich brachte (Erhaltung sozialer Kontakte, Beibehaltung des Arbeitsplatzes etc.), so hatten die in diesem Zusammenhang implementierten Maßnahmen jedoch auch zur Konsequenz, daß infolge der (teil-)standardisierten ambulanten Therapieverfahren nunmehr weniger flexibel und fallspezifisch reagiert werden konnte bzw. über die Therapiemanuale individuelle Problemlagen generalisiert wurden. Darüber hinaus mag die Professionalisierung im ambulanten Bereich zwar einen möglichen positiven Effekt auf die Therapiequalität genommen haben, mit Sicherheit hat diese Entwicklung aber auch dazu beigetragen, den Klienten zum Objekt von Konkurrenzbeziehungen zu machen - dies sowohl intraorganisatorisch zwischen den Mitarbeitern in der Ambulanz

als auch interorganisatorisch zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen.

Abschließend bleibt festzustellen, daß über die Maßnahmen des PSAP einerseits eine Problemausweitung und -generalisierung, andererseits eine Standardisierung und 'Professionalisierung' der Problembearbeitung erreicht werden konnten. Damit wurde aber nicht nur den Bestandserhaltungsinteressen der ambulanten Einrichtungen (Leistungsüberhang nach Implementation des 'Großmodells'!) entsprochen, sondern es wurden auch die Voraussetzungen für eine routinisierte und standardisierte Problembearbeitung des Suchtproblems geschaffen. Indem dabei den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in ihrer Position als klienten(nachfrage-) beschaffende, problemsondierende und weitervermittelnde Einrichtung Koordinationsfunktionen zugekommen sind, wurden sie für sämtliche andere sich am Problembearbeitungsprozeß beteiligende Organisationen, zu einer wichtigen Verteilerstelle für eine spezialisierte Bearbeitung von Problemsegmenten.

Wenngleich die politische Verantwortung für die Formulierung und Implementierung des PSAP beim BMJFG bzw. beim StAKD lag, so gingen die entscheidenden fachlich-konzeptionellen und koordinierenden Einflüsse von der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit aus. Als 1973 die Projektgruppe im Auftrag des BMJFG mit der wissenschaftlichen Begleitung des 'Großmodells' begann, beschränkten sich deren Aufgaben auf die Durchführung von Bestandsaufnahmen bei den Modelleinrichtungen auf die Erstellung einer 'Grobfehleranalyse' mit Rückkopplung der Ergebnisse an die Modelleinrichtungen sowie auf die Durchführung laufender Feedback-Kontrollen bei den Einrichtungen während der Phasen der Modellimplementation. 1976 ging die Projektgruppe entgegen dieser Auftragsbestimmung mit der Entwicklung und Implementierung der Mindestkriterien und der Einführung des EBIS-Informationssystems schon während des ersten Modellprogramms über den ursprünglichen Forschungsauftrag hinaus, so gewann sie im Verlauf des PSAP auch zunehmenden Einfluß auf die inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung der Modellmaßnahmen sowie auf die Planung und Entwicklung der Modellkonzeption des PSAP; viele der Modellziele des PSAP (z.B. die Früherkennung abhängigkeitsgefähr-

deter Personen) waren dabei schon im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Begleitung des 'Großmodells' als zusätzlich erklärungsbedürftig herausgestellt worden. 157) Indem sich das Arbeitsfeld der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit somit nicht nur auf eine (simultane) Begleitforschung beschränkte, sondern sich auch auf die Planung und konzeptionelle Weiterentwicklung von Modellprogrammen ausweitete, hat die Projektgruppe entscheidend auf eine Systematisierung und Koordination des multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses hingewirkt.

4.1.2.4. Modellprogramm 'Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter' (ASS)

Ausgangslage: Das 1984 eingeführte Modellprogramm 'Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter' (ASS) ist das dritte und bisher letzte Modellprogramm des Bundes zur Drogenpolitik. Es bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der (illegalen) Drogenkonsumenten und steht in direktem Zusammenhang mit dem am 1. Januar 1982 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelgesetzes (BTMG) (vgl.: Anhang 11); insbesondere die strafrechtlichen Neuregelungen des 7. Abschnittes über betäubungsmittelabhängige Straftäter - in den Medien und der Fachwelt unter dem Thema 'Therapie statt Strafe' ausgiebig diskutiert - und die überwiegend negativen Erfahrungen der Implementateure (Landesgesundheitsbehörden, Trägerverbände der Freien Drogenarbeit, Drogenberater, Gerichte und Staatsanwaltschaften), die diese im Zuge der Umsetzung der strafrechtlichen Vorschriften mit dem Gesetz gewonnen haben, bilden dabei den Erfahrungshintergrund, vor dem die Initiierung und Implementation des ASS-Modellprogramms gesehen werden muß. Bevor auf das ASS im allgemeinen und dessen koordinierende Wirkung innerhalb der Organisation der Drogenpolitik im besonderen näher eingegangen wird, sollen zum besseren Verständnis des ASS nachfolgend die sich aus den neuen Strafbestimmungen (§§35 ff BTMG) ergebenden - und das ASS auslösenden - Problemzusammenhänge kurz dargestellt werden.

Ohne hier die der Gesetzesnovelle vorausgegangene Diskussion um eine maßgeblichere Betonung des Krankheitsaspektes im Umgang mit drogenabhängigen Straftätern bzw. um eine stärker therapeutische Ausrichtung der Strafbestimmungen referieren zu wollen (150), bleibt an dieser Stelle gleichwohl darauf hinzuweisen, daß die Reform des BTMG "(...) aus der Erkenntnis heraus entstanden (ist), daß die Therapie drogenabhängiger Straftäter im Maßregelvollzug und im Rahmen der Strafaussetzung zur Bewährung allein nicht ausreicht, um alle Möglichkeiten der Wiedereingliederung dieses Personenkreises auszuschöpfen" (151); Ziel der Gesetzesreform war und ist es daher in erster Linie, drogenabhängige Straftäter bevorzugt einer stationären Langzeitbehandlung zuzuführen. Vor der Neuregelung des BTMG wurde die Klientel in der Regel nach §56 ff STGB (Strafaussetzung zur Bewährung) verurteilt und die Strafe ohne detaillierte Therapieauflagen zur Bewährung

ausgesetzt (Bewährungslösung). Dem verurteilten Drogenabhängigen, seinem Bewährungshelfer und dem i.d.R. zu Rate gezogenen Drogenberater blieb es dabei weitestgehend selbst überlassen, wie und mit wessen Hilfe das Ziel der Drogenfreiheit innerhalb der Bewährungszeit erreicht werden sollte. Diese allgemein gehaltene und individuell flexibel handhabbare Bewährungslösung, die auf einen weit gefächerten Katalog von Maßnahmen zurückgreifen konnte, um den verurteilten Drogenabhängigen an eine Therapie heranzuführen, wurde um die problemspezifische, weniger fallbezogene, sondern vielmehr abstrakt generalisierende Regelung der strafrechtlichen Vorschriften nach §§35-37 BTMG ergänzt.

Nach Maßgabe der neuen Gesetzesbestimmungen sollen die drogenabhängigen Straftäter dadurch unmittelbar in eine therapeutische Maßnahme vermittelt werden können, daß nunmehr unter der Auflage der Durchführung einer stationären Langzeittherapie die Strafvollstreckung ganz oder teilweise auf Widerruf zurückgestellt (§§ 35 f BTMG) bzw. die Anklageerhebung (§37 Abs. 1 BTMG) oder das Anklageverfahren (§37 Abs. 2 BTMG) eingestellt werden können (Rückstellungslösung). 140) Voraussetzung hierfür ist jedoch, daß sich der Drogenabhängige freiwillig der stationären Langzeittherapie unterzieht und die Behandlung in einer staatlich anerkannten Einrichtung 141) erfolgt, in der die freie Gestaltung der Lebensführung erheblichen Beschränkungen unterliegt (§ 35 Abs. 1, § 36 Abs. 1 Satz 1 BTMG ; vgl.: Anhang 12). Zwar sieht § 35 Abs. 1 Satz 2 BTMG vor, auch solche Einrichtungen staatlich anzuerkennen, in denen keine stationäre Behandlung stattfindet, sondern in denen der Aufenthalt dort dazu angetan erscheint, der Abhängigkeit entgegenzuwirken (z.B. in therapeutischen Wohngemeinschaften, Selbsthilfeeinrichtungen etc.), doch machten die Länder bzw. die Gerichte von dieser Möglichkeit bislang nur wenig Gebrauch. Indem die Vollstreckungsbehörden nach der neuen Rückstellungslösung im Rahmen eines eigenen Genehmigungsverfahrens unter Mitwirkung der Gerichte und der Justizvollzugsanstalten (JVA) - jedoch i.d.R. unter Ausschluß der freien Drogenberatungs- und Behandlungsstellen - über die Art und den Zeitpunkt der einzuleitenden Therapiemaßnahmen entscheiden sowie die 'ordnungsgemäße' Durchführung der Behandlung kontrollieren, wird das Therapieverfahren nach §§ 35 ff. BTMG (im Gegensatz zur flexiblen Bewährungslösung nach § 56 STGB) nicht nur bürokratisiert, sondern vielmehr zu einer Ermessensentscheidung der Gerichte und Vollzugsbehörden.

Wenngleich die neuen strafrechtlichen Bestimmungen von den Gerichten ohne jede Verzögerung angenommen wurden, d.h. die Anzahl der Therapiezuweisungen nach §§ 35 ff BTMG entspre-

chend zunehmen ¹⁴², und damit auch die im Rahmen der Reform von den Bundesländern zusätzlich geschaffenen (staatlich anerkannten) Therapieplätze ¹⁴³, annähernd belegt werden konnten, wurden die neuen Regelungen insbesondere von seiten der Freien Träger der Drogenarbeit erheblich kritisiert. ¹⁴⁴ War nämlich vor der Novellierung des BTMG die therapievorbereitende Motivationsarbeit mit dem Klienten sowie dessen ambulante therapeutische Betreuung und/oder Weitervermittlung in eine stationäre Langzeitbehandlung eine Domäne der ambulanten Drogenberatungsstellen gewesen, so wurden die ambulanten Drogenberater sowohl durch die Überbetonung der stationären Behandlung als auch durch die Verlagerung der Rechtsprechung - von der wesentlich flexibler handhabbaren, die ambulante Drogenarbeit mit einbeziehenden Bewährungslösung (§ 56 STGB) zu einer mehr deterministisch und bürokratisch ausgestalteten Rückstellungslösung (§§ 35 ff BTMG) - von der Problembearbeitung weitestgehend ausgeschlossen.

Durch die Gesetzesnovelle waren aber nicht nur einzelne ambulante Drogenberatungsstellen in ihren Bestandserhaltungsinteressen gefährdet, sondern auch die Trägerverbände von stationären Einrichtungen hatten durch die Festschreibung der gerichtlichen Therapieeinweisungen auf ausschließlich solche nach §§ 35 ff BTMG staatlich anerkannte Therapieeinrichtungen kaum Chancen auf eine Belegung durch die Gerichte. Hinzu kam, daß die Gerichte nur wenig Gebrauch von der Möglichkeit machten, durch Einstellung der Anklageerhebung bzw. des -verfahrens (§37 BTMG) mehr Drogenabhängige zur eigenständigen Kontaktaufnahme mit einer ambulanten/stationären Einrichtung zu motivieren. ¹⁴⁵ Der mit dieser 'Einstellungsregelung' verbundene zusätzliche Arbeitsaufwand für die Justizbehörden - verursacht durch die Notwendigkeit einer ständigen 'Überwachung' des drogenabhängigen Straftäters auf Einhaltung der Gerichtsaufgaben bzw. bedingt durch die zu erwartenden Beweisschwierigkeiten bei einer möglichen Wiederaufnahme des Verfahrens - veranlaßte vielmehr die Gerichte, den Drogenabhängigen bevorzugt direkt nach §35 BTMG zu verurteilen und ihn damit unmittelbar in eine nach §35 BTMG anerkannte stationäre Langzeittheapie einzuweisen. ¹⁴⁶ Darüber hinaus stellten nach Auffassung der Freien Träger der Drogenarbeit die Vollzugsbehörden in Ermangelung besseren Wissens einerseits zu hohe Anforderungen an die Feststellung der Therapiewilligkeit und -fähigkeit der Klientel, andererseits würde durch die zu restriktive Formulierung von Therapieauflagen (z.B. erhebliche Einschränkung der freien Lebensführung, Fristenregelung) den bisher bewährten Therapiekonzepten zuwider gehandelt. Infolge dieser Reglementierungen befürchteten die Trägerverbände schließlich, daß das unbedingt notwendige Vertrauensverhältnis zwischen den Dro-

genabhängigen und dem therapeutischen Personal in den Einrichtungen langfristig erheblich beeinträchtigt und damit erst recht der Therapiebereitschaft entgegengewirkt würde. Insgesamt gesehen wurde durch die Reform der strafrechtlichen Bestimmungen des BTMG die Drogenarbeit der Freien Trägerverbände zunehmend von den Justizbehörden vereinnahmt bzw. die therapeutischen Einrichtungen in ein starres justizielles Sicherheitssystem eingebunden, was nicht zuletzt die Trägerverbände der Freien Drogenarbeit in ihren Bestandserhaltungsinteressen gefährdete.

Die Durchsetzungsschwierigkeiten der neuen Vorschriften der Gesetzesreform beschränkten sich jedoch nicht nur allein auf eine unausgewogene Gestaltung des Problembearbeitungsprozesses bzw. auf Mängel in dessen praktischer Handhabbarkeit, sondern auch von seiten der drogenabhängigen Straftäter wurden die Neuregelungen nur unzureichend angenommen. Entweder verzichteten die Klienten von vornherein darauf, unter den strengen, restriktiven Auflagen des Gerichtes einer stationären Langzeittherapie zuzustimmen, oder aber das Genehmigungsverfahren nach § 35 BTMG (an dem die Vollstreckungsbehörde, das Gericht des ersten Rechtszuges sowie die Justizvollzugsanstalten beteiligt sind) gestaltete sich so überaus komplex und zugleich verfahrensverlängernd, daß die Klienten trotz einer grundsätzlichen Therapiebereitschaft nicht die Therapie antreten konnten bzw. die Therapiezuweisung von den Behörden zeitlich so lange hinausgeschoben wurde, daß bei durchschnittlicher Therapiedauer die verbleibende Haftstrafe von den Klienten eher 'abgesehen' als die Therapie planmäßig beendet worden wäre. 147)

In der allgemeinen Beurteilung der strafrechtlichen Vorschriften blieben somit die ersten Erfahrungen mit der Gesetzesnovelle hinter den Erwartungen zurück. Weder berücksichtigten die Neuregelungen die Interessen der Trägerverbände der Freien Drogenarbeit noch wurden die neuen Bestimmungen dem speziellen Hilfebedürfnis des drogenabhängigen Straftäters gerecht bzw. konnte die Anzahl der wegen Verstoßes gegen das BTMG in den Justizvollzugsanstalten einsitzenden Drogenabhängigen nennenswert reduziert werden. Insbesondere die fehlende Kommunikation und Koordination der Maßnahmen zwischen den ambulanten Drogenberatern und den Justizbehörden wurden dabei zunächst als die entscheidenden Ursachen für die Durchsetzungsschwierigkeiten der Gesetzesreform identifiziert.

Diese hier kurz referierten Problemzusammenhänge im Kontext der Neuordnung des BTMG gaben schließlich den Anlaß zur Ini-

tierung des Modellprogramms 'Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter' (ASS). Mit dem 1984 implementierten ASS-Modellprogramm sollten dabei unter anderem Aufschlüsse über die Durchführung und bessere Umsetzung der 1982 eingeführten BTMG-Vorschriften gewonnen werden; darüber hinaus sollte aber insbesondere auch nach Möglichkeiten gesucht werden, die eine wieder stärkere Einbeziehung der Freien Träger der Drogenarbeit in den Problembearbeitungsprozeß ermöglichten. Vor diesem Erfahrungshintergrund ist nachfolgend das ASS-Modellprogramm zu explizieren.

Dauer, Umfang und Kosten der Modellförderung. Laufzeit des Modells von 1984 bis Ende 1986. Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms von 1985 bis 1986 durch das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Hannover sowie durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpolitik, Frankfurt. Beide Institute beteiligten sich schon 1984, d.h. noch während der Programmdefinitionsphase, an der inhaltlichen Ausgestaltung der Projekte. Gefördert werden 66 ambulante Drogenberatungsstellen mit insgesamt 70 finanzierten Mitarbeiterstellen; die Kosten des Programms belaufen sich auf ca. 15 Mio. DM einschließlich der Kosten der wissenschaftlichen Begleitung. Zur Vermeidung einer weiteren Mischfinanzierung von Bund und Ländern werden die Projekte ausschließlich vom Bund finanziert. 1986

Organisation und Durchführung der Modellförderung: Obwohl das Modellprogramm allein vom Bund finanziert wird, erfolgte die Programmplanung im Rahmen des StAkD unter Mitwirkung der Bundesländer und der Trägerverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Das Auswahlverfahren zur Bestimmung der zu fördernden Beratungsstellen sowie die organisatorische Abwicklung des Förderungsverfahrens entsprach dem während des 'Großmodells' bzw. des FSAP eingeführten Förderungsmodus (vgl.: III.4.1.2.1.).

Zielgruppe: Das Modellprogramm bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der (illegalen) Drogenkonsumenten und dabei speziell auf den Kreis der drogenabhängigen Straftäter. Als die beiden Zielgruppen des Programms sind definiert:

1. die Gruppe der Drogenabhängigen, "(...) gegen die ein Ermittlungs- oder Strafverfahren läuft oder die sich im Straf- oder Maßregelvollzug befinden" 167,
2. die Gruppe der Abhängigen, "(...) die eine lange Drogenkarriere mit wiederholten Therapieabbrüchen und Straftaten hinter sich haben und einer Therapie meist schwer zugänglich sind sowie solche Drogenabhängige, denen es trotz Behandlung nicht gelingt, sich sozial zu integrieren" 170.

Wenngleich die Zielgruppendefinition des Modellprogramms sehr restriktiv formuliert ist, werden hierüber jedoch jene Drogenabhängige dem Aufgabenbereich ambulanter Beratungsstellen erneut überantwortet, die zuvor entweder im Zusammenhang mit einer strafrechtlichen Verfolgung eines Verstoßes gegen das BTMG oder infolge wiederholter Therapieabbrüche und Straftaten als 'therapieresistente Altfixer' eingestuft und dem unmittelbaren Einflußbereich der Freien Trägerverbände entzogen worden waren.

Unter Einbeziehung der Zielgruppendefinitionen sowohl des 'Großmodells' als auch des PSAP erstreckt sich somit seit dem ASS der Kreis der von den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen betreuten Klienten nunmehr von der Gruppe der potenziell Gefährdeten und der de facto abhängigen Suchtkranken bis hin zu der Gruppe der inhaftierten drogenabhängigen Straftäter und den sogenannten hoffnungslosen Fällen der 'Altfixer'.

Zielsetzung des Modellprogramms: Neben dem bereits erwähnten Ziel, im Rahmen des Modellprogramms Aufschlüsse über die Bedingungen zur besseren Durchsetzung der neuen Vorschriften für betäubungsmittelabhängige Straftäter zu gewinnen, knüpft sich an das Modellprogramm auch die Absicht, über den konzentrierten Einsatz von ambulanten Drogenarbeitern in der 'Knastarbeit' den Freien Trägerverbänden einen neuen Aufgabenbereich zuzuweisen. Darüber hinaus wird über die auf 'Knastarbeit' spezialisierten Drogenarbeiter angestrebt, die Kommunikation und Koordination zwischen den Justizbehörden und den Freien Beratungs- und Behandlungsstellen zu intensivieren.

Vor dem Hintergrund, daß auch noch nach der Novellierung des BTMG die meisten der drogenabhängigen Straftäter ihre Freiheitsstrafen in den Justizvollzugsanstalten verbüßen ¹⁷¹, wird nicht nur die Reform selbst bzw. die dahinter stehende Politik in Frage gestellt, sondern auch die im Rahmen der Reform zusätzlich bereitgestellten stationären Langzeittherapieplätze werden dadurch nicht wie erwartet belegt und erweisen sich unter diesen Umständen als Fehlinvestitionen. Entsprechend diesen Rahmenbedingungen ist es somit nur folgelogisch, daß über das Modellprogramm sowohl eine Verringerung der Anzahl inhaftierter drogenabhängiger Straftäter erreicht als auch das Funktionieren der Gesetzesreform empirisch belegt werden soll. In der Modellankündigung zum ASS heißt es denn auch entsprechend:

"Bezüglich der ersten Zielgruppe soll das Programm alle Möglichkeiten ausschöpfen, um die betroffenen Betäubungsmittelabhängigen möglichst frühzeitig in Therapie zu vermitteln. Es soll insgesamt darauf hinwirken die Zahl der Personen zu erhöhen, denen nach den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes oder des Strafgesetzbuches die Chance einer Therapie in einer offenen Einrichtung anstelle einer Strafverbüßung gewährt wird. Das Programm soll die Ausschöpfung der neuen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (§§ 35-37) fördern." ¹⁷² Bezüglich der zweiten Zielgruppe geht das Programm davon aus, daß die Chance einer erfolgreichen Therapie nicht erlischt und daß es deshalb keine wirklich 'therapie-resistenten' Abhängigen gibt. Es sollen Möglichkeiten der Hilfe dafür entwickelt werden, daß diese Personen nicht erneut durch ihren krankhaften Handlungsdruck in kriminelle Verstrickungen geraten, wodurch auch andere junge Menschen gefährdet werden könnten. Es gilt, bereits im Psychosozialen Anschlußprogramm (PSAP) erkannte Aufgabenfelder durch Formen aufsuchender Sozialarbeit intensiver zu bearbeiten". ¹⁷³

In Stichworten zusammengefaßt verfolgt das Modellprogramm somit die Ziele einer (wieder) stärkeren Einbeziehung Freier Trägerverbände in den Problembearbeitungsprozeß; Intensivierung der Kommunikations- und Koordinationsbeziehungen zwischen Drogenberatern und Justizbehörden zum Zweck der Aufschlüsse-

lung von Implementationshindernissen bei der Umsetzung der Neuregelungen des BTMG sowie zur Erhöhung der Anzahl von Therapiezuweisungen; Auslastung der zusätzlich geschaffenen Therapieplatzkapazitäten.

Aufgabenstellung und Modellaufgaben: Im Gegensatz zu den beiden vorausgegangenen Modellprogrammen ist die Aufgabenstellung des ASS-Programms nur wenig spezifiziert. Im einzelnen werden die geförderten Einrichtungen darauf verpflichtet, drogenabhängige Straftäter im Einzugsbereich der Beratungsstelle durch einen eigens dazu abgestellten und auf 'KnaSTARBEIT' spezialisierten Sozialarbeiter intensiv zu betreuen. 174,

Kontrolle auf Einhaltung der Förderungsauflagen: Die Kontrolle der Einrichtungen auf Einhaltung der Förderungsauflagen erfolgt - wie auch schon bei den vorausgegangenen Modellprogrammen - im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Vorläufige Ergebnisse des Modellprogramms: Da die Maßnahmen zum ASS-Modellprogramm zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht beendet sind und demzufolge auch noch keine abschließenden Erfahrungsberichte der wissenschaftlichen beauftragten Institute vorliegen, können hier nur die dem StAKD im April 1986 von den Instituten vorgelegten Zwischenberichte zum ASS-Programm wiedergegeben werden. 175,

Nach den bisherigen Erfahrungen wird die Vermittlung des Klienten aus dem Strafvollzug in eine stationäre Langzeittherapie häufig aufgrund von Vorurteilen erschwert und unverhältnismäßig verzögert. Die Vorurteile finden sich überwiegend zwischen den externen Drogenberatern und den Mitarbeitern in den JVA, die sich durch das 'Eindringen' der Drogenberater, deren Schweigerecht sowie deren unkonventionelle Arbeitsweisen bei der Durchsetzung der Anstaltsroutine behindert fühlen. Indem die Mitarbeiter der JVA auf derartige 'Störungen' zum Teil mit einer restriktiven Handhabung der Beratungskontakte zwischen Klient und Drogenberater, einer anderweitigen Zeitverplanung für die in der JVA stattfindende therapievorbereitende Gruppenarbeit und/oder mit einer

'Verschiebung' des Klienten noch während der Therapievorbereitung etc. reagieren, verhindern sie nicht nur die Durchsetzung der Gesetzesreform sondern erschweren auch den Mitarbeitern der Freien Trägerverbände den Zugang zur Klientel. In der Auseinandersetzung mit der Alltagsroutine aller drei am Vermittlungsprozeß beteiligten Institutionen, der Justiz, den Drogenberatungsstellen und den JVA wurde darüber hinaus deutlich, daß sich insbesondere auch die Justizbehörden bei der Urteilsfindung von einem raschen, das Verfahren abschließenden Regelungsbedürfnis leiten lassen. Fehlende Risikobereitschaft und mangelnder Vertrauensvorschuß der Gerichte gegenüber dem Klienten sowie der mit der Anwendung des § 35 BTMG einhergehende zusätzliche Arbeitsaufwand für die Justizbehörden gehen so eindeutig zu Lasten des Therapiekonzepts.

Nach Einschätzung der beiden wissenschaftlichen Institute erfordert die dauernde Mitwirkung der Freien Trägerorganisationen im Rahmen einer 'aufsuchenden Knastarbeit' von den auf diesen Aufgabenbereich spezialisierten Drogenberatern eine Systematisierung und Effektivierung der Arbeitsinhalte von 'Knastarbeit'. Dabei wird den Drogenberatungsstellen von den Instituten empfohlen, ein sich auf den Maß- und Strafregelvollzug beziehendes spezifiziertes Arbeitskonzept auszuarbeiten und im Rahmen der 'normalen' Drogenarbeit zu institutionalisieren. Nach Ansicht der Begleitforschungsgruppe müssen sich dabei die auf die Drogenberatung im Straf- und Maßregelvollzug spezialisierten Drogenberater soweit mit den juristischen Handlungsmaximen vertraut machen, daß sie "(...) selbst eigene Vorstellungen für die Nutzung rechtlicher Möglichkeiten entwickeln und daraus Vorschläge für konkrete Maßnahmen ableiten (können)". 174)

Aus der Erkenntnis, daß insbesondere für die Zielgruppe 2 die Bereitstellung adäquater Wohn-, Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten eine im Vergleich zu den bisherigen Beratungs- und Therapieangeboten annehmbare 'Therapie'-Alternative darstellt und nach wiederholten Therapieabbrüchen und Inhaftierungen eine grundlegende Voraussetzung für das Einleiten sozialer Rehabilitationsbemühungen zu sein scheint, wird den Freien Trägerverbänden darüber hinaus empfohlen,

die Angebotspalette der Hilfeleistungen entsprechend einem derartigen Wohn - und Ausbildungsprogramm auszuweiten und konzeptionell zu differenzieren.

Schließlich wird noch von den Institutionen der Justiz gefordert, daß sie bei der Be- und Verurteilung der straffällig gewordenen Drogenabhängigen eine ganzheitliche Betrachtungsweise zugrunde legen und sowohl Drogenberater als auch andere Fachleute, wie z.B. Psychologe, Mediziner etc., am Prozeß der Urteilsfindung beteiligen.

Nach den vorliegenden Ergebnissen zu urteilen, bringt das bislang letzte Modellprogramm des Bundes keine wesentlich neuen Erkenntnisse hinsichtlich der anzuwendenden Methoden und Techniken der Dienstleistungsproduktion hervor. Es scheint vielmehr, daß die methodischen und institutionellen Möglichkeiten der Hilfeleistungsproduktion ausgelotet, in Handlungsprogramme umgesetzt und routinisiert werden konnten, kurz: der organisatorisch-institutionelle Rahmen der Dienstleistungsproduktion in der Makroorganisation weitgehend ausgeschöpft ist. Die im Zwischenbericht von den beiden Instituten abgegebenen Empfehlungen hinsichtlich der Effektivierung von Koordinations- und Kooperationsbeziehungen zur Umsetzung der neuen Strafbestimmung des BTMG machen dementsprechend auch die Grenzen eines derartig komplexen und durchorganisierten makroorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses deutlich: die Anwendung und Nutzung der angebotenen (rechtlichen) Möglichkeiten zur besseren Versorgung (straffällig gewordener) Drogenkonsumenten scheitert danach nicht aufgrund fehlender materieller und institutioneller Gelegenheiten, sondern vielfach sind das starre Beharren der Akteure auf organisationsspezifischen Handlungsrationaltäten und Eigeninteressen sowie die sich darüber begründende fehlende Kooperationsbereitschaft der Organisationsmitglieder Ursache für eine am Klienteninteresse vorbeigehende Hilfeleistungsvermittlung.

4.2. Nicht-institutionalisierte Kommunikations- und Koordinationsstrukturen

Quasi als Gegenreaktion auf die im Zusammenhang mit den Modellprogrammen einhergehende erhebliche Reglementierung der Art und Weise der Leistungsproduktion haben sich zwischen den beteiligten Akteuren - sowohl innerhalb einer jeden politischen Handlungsebene (Bund, Länder, Kommunen) als auch ebenenübergreifend - informelle (nicht-strukturelle) Formen der Kommunikation und Koordination herausgebildet.

Die informelle Zusammenarbeit zwischen den Organisationsvertretern gründet sich dabei im wesentlichen auf (langjährige) persönliche Kontakte zwischen den Mitarbeitern und ist nach übereinstimmender Einschätzung der Experten aus Verwaltung und Praxis von entscheidender Bedeutung für das Funktionieren der Drogenarbeit im allgemeinen sowie für die konkrete, fallbezogene Hilfeleistungsvermittlung im besonderen. Gute persönliche Kontakte zwischen den Organisationsvertretern sind danach das 'A' und 'O' einer vertrauensvollen und effektiven Zusammenarbeit; denn sie ermöglichen das Umgehen der offiziellen Kommunikationskanäle und Dienstwege. Dies erweist sich dabei insoweit als ein entscheidender Handlungsvorteil, als die persönlichen Kontakte dazu genutzt werden können, Konflikte infolge konträrer Handlungsrationitäten zwischen den verschiedenen, organisatorisch isolierten Teilbereichen der Drogenpolitik schon im Vorfeld offizieller Konsensfindungsprozesse abzuschleifen bzw. bestimmte Leitgedanken innerhalb des Systems zu indoktrinieren. Insbesondere in den anwendungsorientierten Fällen, in denen es darauf ankommt, die Hilfeleistungsproduktion entsprechend den Bedürfnissen des Klienten rasch und unbürokratisch zu koordinieren und zu vermitteln bzw. organisationsspezifische Interessen zur Durchsetzung zu bringen, erweisen sich nach Aussage von Fraxiskennern persönliche Kontakte zwischen den Organisationsvertretern als die bedeutendsten Koordinationsmechanismen überhaupt.

Zur Wahrnehmung der informellen Kommunikations- und Koordinationschancen bedarf es neben einer grundsätzlichen Handlungsmotivation und Kontaktbereitschaft auch einer umfassenden

den Information der Akteure über den Gesamtaufbau der Makroorganisation in der Drogenpolitik bzw. über die Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche und Handlungskompetenzen der einzelnen Organisationsmitglieder. Wenngleich diese Voraussetzungen vor dem Hintergrund der zuvor dargestellten komplexen Trägerstruktur (vgl. III.1 bis 3) zunächst auch illusorisch erscheinen mögen, sind diese Bedingungen jedoch insoweit realistisch, als innerhalb des Makrosystems die verschiedenen Aufgabenbereiche und unterschiedlichen Positionen häufig von ein und derselben Person wahrgenommen werden und sich schon allein aus diesem Grunde der entscheidungsrelevante Personenkreis innerhalb einer jeden politischen Handlungsebene auf ca. 15-20 Personen beschränkt. Zwar wandelt sich die Intensität und Ausprägung der Kontakte zwischen den Organisationsvertretern entsprechend den sich verändernden Fragestellungen; doch schafft die überschaubare und fachübergreifende Zusammensetzung des Teilnehmerkreises die Voraussetzung für eine stabile, teamartig organisierte und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Die Herausbildung fachlicher und/oder persönlicher Autoritäten aus der Gruppe der Drogenexperten ersetzt dabei nicht nur die in weiten Bereichen fehlende hierarchische Struktur innerhalb der Makroorganisation, sondern lenkt auch die (ideelle) Ausgestaltung der Drogenpolitik in eine bestimmte Richtung.

Daß die informelle personengebundene Kommunikation und Koordination nicht nur den Vorteil einer raschen, flexiblen und unkonventionellen Entscheidungsfindung und Problembearbeitung mit sich bringt, wird sowohl von einigen Mitarbeitern der informellen Gruppe als auch von organisationsexternen Beobachtern gesehen und beklagt. Die Kritik richtet sich dabei zum einem auf die Intransparenz des Kommunikations- und Koordinationsprozesses zum anderen auf eine zum Teil erhebliche Ineffektivität und Tautologie des informellen Entscheidungsfindungsprozesses. 177)

Was den Einwand der Intransparenz des Kommunikations- und Koordinationsprozesses anbelangt, so wird insbesondere von seiten außenstehender Beobachter darauf hingewiesen, daß in dem Ausmaße, wie die Kommunikation und Koordination von persönlichen Kontakten zwischen den Akteuren getragen wird, die

inter- und intraorganisatorischen Beziehungsgeflechte für Nicht-Insider kaum noch zu durchschauen und damit auch die Bedingungen, unter denen die Entscheidungsfindung zustande kommt, nicht mehr zu kontrollieren sind. Vorzugsweise behördliche Drogenexperten (wie z.B. die Drogenbeauftragten) weisen darüber hinaus auf Verselbständigungstendenzen des informellen Entscheidungsfindungsprozesses unter Ausnutzung ihrer behördlichen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen hin. Dieser Einwand richtet sich dabei insbesondere gegen solche informellen Verhaltensweisen, bei denen es beispielsweise auf der Grundlage persönlicher Kontakte zwischen Behördenvertretern (z.B. den Drogenbeauftragten) und Vertretern der Freien Trägerverbände im Vorfeld der Gremienarbeit, also unter Ausschaltung der offiziellen Kommunikationskanäle, zur Aushandlung von Problemlösungskonzepten kommt. Obwohl die Vereinbarungen im Rahmen des informellen Kontaktes schon längst ausgehandelt sind und als beschlossen gelten, werden die Behördenvertreter mitunter ein weiteres Mal - diesmal jedoch offiziell - mit dem Problem konfrontiert und zur Entscheidung aufgefordert (Tautologie des Entscheidungsfindungsprozesses). 170)

Außer von den personengebundenen Kommunikationsprozessen gehen insbesondere auch von den (informellen) personalpolitischen Entscheidungen innerhalb der Makroorganisation entscheidende koordinierende Einflüsse aus. Auffallend und für die Ausgestaltung der Drogenpolitik zugleich bezeichnend ist dabei die äußerst geringe Personalfuktuation innerhalb der politikformulierenden Instanzen (Drogenbeauftragte, geschäftsführende Referenten der Bundes- und Landesverbände Freier Trägerorganisationen etc.). Insoweit überhaupt freierwerdende oder zusätzlich geschaffene Stellen personell (neu) besetzt werden müssen, rekrutiert sich das Personal beinahe ausschließlich aus Mitarbeitern der nachgeordneten Politik- bzw. Entscheidungsebenen, die in ihren vorausgegangenen Positionen nicht nur langjährige Erfahrungen in dem Problembereich sammeln, sondern auch auf das Organisationsziel hin indoktriniert werden konnten. Da darüber hinaus sämtliche am Problembearbeitungsprozeß beteiligten Organisationen bei der Planung und Ausführung ihrer Aktivitäten weitestgehend aufeinander angewiesen sind, erfolgen die personellen Entschei-

dungen (bis hinunter zur mittleren politischen Handlungsebene) mit Rücksicht auf die Wahrung der Stabilität innerhalb der Makroorganisation. 174) Quereinsteiger oder Mitarbeiter, die nicht die Zustimmung und Unterstützung eines profilierten Mitgliedes des 'Personalstammes' finden, haben kaum Chancen, durch eine 'Berufung' in entsprechende drogenpolitische Positionen aufzusteigen. Angesichts der geringen Personalfuktuation auf höherer und mittlerer Handlungsebene und der damit im Zusammenhang stehenden Festschreibung drogenpolitischer 'Gangart' wird mithin einer externen Kontrolle entgegengewirkt bzw. im Rahmen der Personalpolitik einer Filzokratie der Weg bereitet. Trotz alledem ist die Personalpolitik im Drogenbereich aber auch dazu angetan, die eingangs thematisierten persönlichen Kontakte zwischen den Akteuren zu schaffen bzw. den Koordinationsprozeß innerhalb der Makroorganisation zu vereinfachen sowie die drogenpolitische Entscheidungsfindung für alle Beteiligten kalkulierbar zu halten.

Abschließend bleibt noch einmal darauf hinzuweisen, daß es sich sowohl bei den personengebundenen Kommunikations- und Koordinationprozessen als auch bei den personalpolitischen Maßnahmen um solche Instrumente handelt, die nicht durch die formale Organisationsstruktur vorgegeben sind. Bei den hier beschriebenen Koordinationsformen handelt es sich vielmehr um solche Mechanismen, die sich relativ unkontrolliert im Laufe des Organisationsprozesses entwickelt haben. Wenngleich alle befragten Drogenexperten in ihrem subjektiven Empfinden übereinstimmen und in Gesprächen immer wieder betonen, daß gerade in der Drogenpolitik die Kommunikations- und Koordinationsprozesse überwiegend von den persönlichen Kontakten zwischen den Akteuren getragen und die Qualität der Zusammenarbeit respektive die der personalpolitischen Entscheidungen häufig zu einer Frage von persönlichen Sympathien und Abneigungen zwischen den Mitarbeitern werden, so kann hier auf diese Aussagen nur mit Nachdruck hingewiesen werden. Die Intransparenz informeller Organisationsprozesse macht es indes jedoch unmöglich, die Aussagen auf Zuverlässigkeit und Gültigkeit hin zu überprüfen; auch lassen sich die hier vorgestellten nicht-strukturellen Kommunikations- und Koordinationsmechanismen nicht mehr weiter

hinsichtlich ihrer Ausprägung und Wirkungseffekte auf die Makroorganisation explizieren.

4.3. Kommunikations- und Koordinationshindernisse

Nachdem zuvor die verschiedenen Kommunikations- und Koordinationsmechanismen innerhalb der Makroorganisation der Drogenpolitik beschrieben worden sind, soll zum Abschluß dieses Kapitels auf die sich im Verlaufe des Organisationsprozesses ergebenden Kommunikations- und Koordinationshindernisse bzw. -widerstände eingegangen und diese in ihren organisations- und klientenfunktionalen Auswirkungen präzisiert werden. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus dem Umstand daß trotz - oder aber gerade wegen - der erheblichen Regelungstiefe infolge rechtlicher und programmatischer Vorgaben zur Durchführung der drogenpolitischen Maßnahmen auf der einen, der Institutionalisierung formaler und informaler Kommunikations- und Koordinationsformen auf der anderen Seite die Abstimmung des Leistungsangebotes durch sowohl systemimmanente als auch widersprüchliche organisations-, programm- und personalstrukturelle Rahmenbedingungen konterkariert wird.

Die systemimmanenten Kommunikations- und Koordinationshindernisse sind dabei Ausdruck der Tatsache, daß bei der organisierten Produktion sozialer Dienstleistungen neben einer uneigennützigen Motivation zur Hilfeleistung stets auch andere, nichtaltruistische Interessen wirksam werden, die das Handeln der Dienstleistungsproduzenten maßgeblich beeinflussen. Während das Handeln in Organisationen grundsätzlich an den Normen der Grenzsicherung respektive Bestandserhaltung ausgerichtet ist und die einzelnen Organisationsmitglieder über die Wahrnehmung der Organisationsaufgaben in der Regel nach Besitzstandswahrung, Einfluß, Macht und/oder Prestigestreben, ist (sollte) das Leistungsangebot so konzipiert (sein), daß durch die Maßnahmen zur Rehabilitation die Klientel psychisch und physisch so weit wieder hergestellt wird, daß es von der Fremdhilfe unabhängig wird. Mit anderen Worten: Eine effektive, ausschließlich an den Problemen bzw. am Wohlergehen der Klienten orientierte Dienstleistungsproduktion ist (müßte) ihrem Selbstverständnis nach daraufhin ausgerichtet (sein), sich selbst überflüssig zu machen. Eine derartige Ausrichtung des Leistungsangebotes ist jedoch weder mit den Organisationsnormen noch mit den professionel-

len Interessen der Organisationsteilnehmer vereinbar, so daß sich schon allein aufgrund dieses systemimmanenten Widerspruchs die interorganisatorischen Kommunikations- und Koordinationsbemühungen mit Blick auf die Klienteninteressen (Rehabilitation, Hilfe zur Selbsthilfe) als problematisch und fragwürdig zugleich erweisen. 180)

Abgesehen von diesem auf das gesamte Anwendungsfeld organisierter sozialer Dienstleistungsproduktion zu beziehenden systembedingten Kommunikations- und Koordinationshindernis werden speziell in der Drogenpolitik durch die ungeklärte Prioritätensetzung zwischen der medizinisch-sozialtherapeutischen Handlungsorientierung auf der einen, der kriminalisierenden und stigmatisierenden Wertung des Rauschmittelmißbrauchs auf der anderen Seite, innerhalb des Organisationsystems Zielkonflikte manifestiert, die infolge ihrer rechtlichen Verankerung nicht im Rahmen interorganisatorischer Kommunikations- und Koordinationsprozesse entschieden werden können. Die hier angesprochenen Konflikte hinsichtlich der Strategien in der Drogenpolitik geben somit häufig erst den Anlaß für die Errichtung von Kommunikations- und Koordinationsbarrieren zwischen den Organisationen. Vor diesem Hintergrund systemimmanenter Kommunikations- und Koordinationshindernisse wirken darüber hinaus eine Vielzahl weiterer, nicht miteinander kompatibler organisations-, programm- und personalstruktureller Rahmenbedingungen einer - im Sinne der Bedürfnisstrukturen der Klientel - effektiven Abstimmung der Leistungsproduktion entgegen; dabei drängt sich insbesondere im organisationsstrukturellen Zusammenhang der Eindruck einer zweckgerichteten, vorwiegend den Organisationsnormen statt den Klienteninteressen folgenden interorganisatorischen Kommunikation und Koordination auf.

Die organisationsstrukturellen Kommunikations- und Koordinationswiderstände gründen unter anderem auf dem Umstand, daß die Organisationen im Interesse der Bestanderhaltung sowohl in Konkurrenz zueinander treten (um Klienten und finanzielle Ressourcen) als auch zum Zwecke der Abstimmung der Dienstleistungsproduktion bzw. zur Durchsetzung ihrer spezifischen Organisationsinteressen miteinander kooperieren (müssen). Die unter derartig widersprüchlichen Prämissen getroffenen

Koordinationsentscheidungen kommen dabei nicht selten unter fragwürdigen interorganisatorischen Kompromissen zustande, im Rahmen derer sich die am Koordinationsprozeß beteiligten Organisationen in der Regel zur gegenseitigen - sich von einer zur anderen Entscheidungsfindung fortsetzenden - Rücksichtnahme und 'Gefälligkeit' verpflichten. Die Zusammenarbeit der ambulanten Drogenberatungsstellen mit den Kostenträgern im Zusammenhang mit der Initiierung und Kontrolle privater Selbsthilfeinitiativen (vgl.: III.2.2.2.2.) bzw. die Verpflichtungen der Mitgliedsorganisationen zur verbandsinternen Weitervermittlung der Klientel (vgl.: III.2.1.3.3.), die Indienstnahme der DHS durch das BMJFG (vgl.: III.2.1.3.1.) oder auch die Belegungszusagen der Kostenträger an private Therapieträger (vgl.: III.2.2.3.2. sowie 3.3.) mögen für die hier angesprochene organisationsfunktionale Zweckkooperation als Beispiele gelten. Angesichts einer zunehmenden Privatisierung und Kommerzialisierung des gesamten Rehabilitationsbereichs stellt sich schließlich mit Blick auf die neuerdings zugrunde gelegten betriebswirtschaftlichen Entscheidungskriterien ganz allgemein die Frage, ob die Kommunikations- und Koordinationsprozesse überhaupt noch unter dem Aspekt der Abstimmung eines im Sinne der Klientel optimalen Leistungsangebotes erfolgen können oder ob das Bemühen um Koordination nicht vielmehr von gewinn- und wettbewerbspolitischen Überlegungen der Akteure beherrscht wird.

Koordinationshindernisse ergeben sich aber nicht nur im Zusammenhang mit dem Verdrängungswettbewerb zwischen den Organisationen, sondern sind auch Folge einer fehlenden durchgehenden Dienst- und Fachaufsicht innerhalb des Makrosystems bzw. eines fehlenden Zwanges der Akteure, problembezogen und eng zu kooperieren (vgl.: III.2.1.2.). Einerseits ausgelöst durch die konsequente Anwendung des Subsidiaritätsprinzips, andererseits bedingt durch die rechtliche Verselbständigung gemeinnütziger und privater Organisationen stehen diese in keiner unmittelbaren Weisungsbeziehung zu den öffentlichen Instanzen, bei denen die Gesamtverantwortung für den Problembearbeitungsprozeß liegt (vgl.: III.1.3.1.). Sowohl was die ungleiche Verteilung der Gesamtverantwortung als auch die fehlenden Weisungsbefugnisse zwischen den Organisationen

anbelangt, so widerstreben diese organisationsstrukturellen Vorgaben den Bedingungen für eine problemorientierte Abstimmung der Leistungsproduktion. Dies ändert sich auch dadurch nicht, daß mit Hilfe der Modellprogramme die Koordinationsmechanismen zentral gesteuert werden und die Freien Trägerverbände über spezielle Förderungsverfahren in eine existenzielle Abhängigkeit zu den behördlichen Trägern geraten. Die über die Modellprogramme implementierte 'Starrheit' des Problembearbeitungsprozesses engt hingegen vielmehr die auf den Einzelfall bezogene Anpassungsflexibilität der Akteure und damit deren Möglichkeiten zur Koordination des Leistungsangebotes ein. Wenngleich die Organisationsmitglieder derartigen programmstrukturellen Koordinationshindernissen mit Hilfe informeller Koordinationsmechanismen zu begegnen versuchen (vgl.: III.4.2.), so steht deren Instabilität den Abstimmungsprozessen zwischen den Organisationen mitunter kontraproduktiv gegenüber.

Von anderer Qualität sind schließlich diejenigen Kommunikations- und Koordinationshindernisse, die sich im Zusammenhang mit der fehlenden Partizipation der Klientel bei der Planung und Durchsetzung des Handlungsprogramms ergeben. Indem die Klientel nicht am Informationsverarbeitungsprozeß beteiligt ist, wird eine Koordination durch Rückkopplung weitestgehend verhindert. Mit Hilfe des im Rahmen der Modellprogramme verbindlich eingeführten EBISDokumentationssystems (vgl.: III.4.1.2.1.) wird zwar eine nachträgliche Koordination des Leistungsangebotes angestrebt, doch erfolgt die Informationssammlung primär unter dem Aspekt der Verfahrensorientierung des Leistungsangebotes bzw. der Leistungsvermittlung. Ob und inwieweit die Dienstleistungsproduktion den Problemsyndromen bzw. dem tatsächlichen Hilfebedürfnis der Klienten entspricht, wird dabei jedoch nicht eruiert; eine Tatsache, die angesichts des originären Organisations- und Koordinationszwecks - nämlich der problembezogenen, den Bedürfnissen der Klientel gerecht werdenden und zwischen den Organisationsteilnehmern abzustimmenden Dienstleistungsproduktion - zu denken gibt.

Im Kontext der Personalstruktur des Makrosystems werden schließlich Kommunikations- und Koordinationswiderstände

wirksam, die sowohl auf den Besitzstandswahrungs- und Prestigeeffekten der einzelnen Akteure gründen als auch in Statusunterschieden und Spezialisierungseffekten zwischen den Mitarbeitern eine Erklärung finden. Da innerhalb der Makroorganisation unter anderem diejenigen Akteure ein hohes Ansehen genießen, die auf eine größere Fallzahl der von ihnen (erfolgreich) betreuten Klienten verweisen können, manifestieren sich die Bestands- und Prestigeinteressen des Personals in einer binnen- und interorganisatorischen Konkurrenz um Klienten. Stellenaufwertung durch Fall- bzw. Arbeitsanhäufung auf der einen, die Vereinnahmung der Klienten durch die Mitarbeiter auf der anderen Seite verhindern dabei nicht selten eine kundenbezogene Kommunikation und Koordination zwischen den leistungsvermittelnden Akteuren, in deren Folge die Klienten häufig nicht die für sie jeweils notwendige und geeignete Hilfeleistung erhalten. Standesunterschiede zwischen den Mitarbeitern (z.B. zwischen Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern) wirken dabei mitunter ebenso der Koordination des Leistungsangebotes entgegen, wie durch die zunehmende Spezialisierung der Akteure (z. B. auf bestimmte Klientengruppen, Therapieverfahren etc.) deren Koordinationsfähigkeit (und -bereitschaft) im Sinne einer fallbezogenen Anpassungsflexibilität eingeschränkt wird. Indem darüber hinaus die informellen Kommunikationsbeziehungen zwischen den Mitarbeitern von diesen - durch eine selektive, zielgerichtete Informationsstreuung - unter anderem dazu genutzt werden, um im Wettbewerb der Akteure zu bestehen, bieten sich hiermit noch einmal mehr Möglichkeiten zur fallweisen Initiierung von Kommunikations- und Koordinationswiderständen an.

Ohne hier dem Anspruch genügen zu wollen, sämtliche - systemimmanenten, organisations-, programm- und personalstrukturellen - Kommunikations- und Koordinationshindernisse erfaßt zu haben, geben die ausgewählten Hinweise zu den Koordinationswiderständen Anlaß zu der Vermutung, daß die Koordinationsmechanismen primär organisations- statt kundenfunktional ausgerichtet sind. Der Koordinationsprozeß wird demzufolge dann unterbrochen, wenn erwartet werden muß, daß über eine Koordination der Leistungsproduktion die Bestandserhaltung der Organisation(en) bzw. die Besitzstandswah-

rungsinteressen der Organisationsmitglieder in irgend einer Form gefährdet werden. Unter diesen Bedingungen gerät aber eine an den Klientenbedürfnissen ausgerichtete Abstimmung der Dienstleistungsproduktion und -vermittlung ins Hintertreffen; dies gilt um so mehr, wie die Kommunikations- und Koordinationshindernisse in der Regel nicht isoliert, sondern in Kombination auftreten und wirksam werden.

5. Professionale und bürokratische Orientierungen organisierter Suchtkrankenhilfe

5.1. Verberuflichungs- und Professionalisierungstendenzen

5.1.1. Zur beruflichen Entwicklung der Suchtkrankenarbeit

Bis vor ca. 20 Jahren lag die Vermittlung und Durchführung praktischer Suchtkrankenhilfe vorwiegend in den Händen einer breit gestreuten ehrenamtlich tätigen Laienhelfergemeinschaft. Entweder im Rahmen einer allgemeinen 'Gefährdeten- bzw. Randgruppenhilfe' oder einer speziell auf die Zielgruppe der Abhängigkeitskranken zugeschnittenen 'Suchtkrankenhilfe' organisiert, erfolgte die Dienstleistungsproduktion i.d.R. durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (vgl.: III.2.1.2.). Daneben gründeten aber auch ehemals Abhängigkeitskranke und deren Angehörige Abstinenzverbände und/oder Selbsthilfegruppen (z.B.: Blaues Kreuz, Kreuzbund, AA, Release, etc.), in deren organisatorischem Kontext sich eine Reihe von interessierten Laien der unterschiedlichsten sozialen und beruflichen Herkunft nebenberuflich und unter Verzicht auf eine angemessene Honorierung ihrer Tätigkeit in der Suchtkrankenhilfe engagierte. Die durch die ehrenamtliche Helfergemeinschaft vermittelte Hilfe erstreckte sich dabei neben dem Bemühen, den Abhängigen durch eine irgendwie geartete 'Überzeugungsarbeit' und durch ein 'Vorleben von Alternativen' von dem Griff zur Flasche bzw. von dem nächsten 'Fix' abzuhalten, auch auf solche Hilfen, bei denen die Laienhelfer zur Durchsetzung der Klienteninteressen stellvertretend für diese tätig wurden (z.B. bei der Abwicklung von Behördenkontakten, der Wohnraum- und Arbeitsplatzbeschaffung etc.). Im Rahmen ihres ehrenamtlichen Engagements übernahmen die Laienhelfer somit überwiegend Aufgaben zur praktischen Lebenshilfe; sowohl die Motivation als auch die konkrete Ausgestaltung der Hilfeleistungen entsprach damit in der Hauptsache einer advokatorischen Handlungsorientierung (vgl.: I.1.2.), wobei die Wahrnehmung der Aufgaben primär in Rückgriff auf ein in jahrelanger praktischer Suchtkrankenarbeit erworbenes Erfahrungswissen erfolgte. Da das

Hilfsangebot dabei dementsprechend wenig systematisiert und der Prozeß der Hilfeleistungsvermittlung nicht formalisiert war, gestaltete sich die konkrete Hilfeleistung im Einzelfall zum Teil recht unkonventionell.

Angesichts eines bis Ende der 60er Jahre weitgehend fehlenden, die gesamte Suchtproblematik betreffenden öffentlichen Problembewußtseins blieb die ehrenamtliche Suchtkrankenhilfe über einen langen Zeitraum von der Öffentlichkeit nahezu unbeobachtet; dies unter anderem aber wohl auch deshalb, weil sich bis ca. Mitte der 70er Jahre keine spezielle Berufsgruppe für die Rehabilitation Suchtkranker verantwortlich zeigte bzw. die Suchtkrankenhilfe selbst kein fest umrissener qualifizierter Beruf war. Die ehrenamtliche Arbeit der Helfergemeinschaft stand somit vielmehr außerhalb jeglicher beruflicher Konkurrenz durch z.B. Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter etc.

Eine Wende in Richtung auf eine Verberuflichung der Suchtkrankenarbeit erfolgte erst, als sich mit dem aufkommenden (illegalen) Drogenkonsum Jugendlicher ein öffentliches Problembewußtsein herausbildete. Im Kontext der beiden Modellprogramme des Bundes - dem 'Großmodell' und dem PSAP - wurde der Verberuflichungsprozeß im Zusammenhang mit den Modellförderungsauflagen eingeleitet. Indem der StAKD bereits Ende 1972 Anfang 1973 beschloß, diejenigen Einrichtungen von einer weiteren Modellförderung auszuschließen, deren Aktivitäten sich einseitig auf eine Informations- und Weitermittlungsfunktion reduzierten, wurden die Qualifikationsanforderungen an das Personal auf ein zusätzlich therapeutisches Niveau heraufgeschraubt. 182) Fortan verblieben nur noch solche (psycho-sozial ausgerichteten) Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in der Modellförderung, die sich "(...) über die reine Beratung hinaus als Kontakt- und Auffangsstelle mit Therapiecharakter (...)" 183) weiterentwickelt hatten. Für die Einrichtungsträger bzw. Mitarbeiter in den Einrichtungen, die zur kontinuierlichen Fortsetzung ihrer Arbeit auf einen Verbleib in der Modellförderung angewiesen waren, gab die Entscheidung des StAKD damit den Anstoß zu einer Höherqualifikation der Mitarbeiter im Sinne einer therapeutischen Schwerpunktsetzung in der Ausbildung.

Da sich darüber hinaus die Auffassung durchsetzte, daß es sich bei dem illegalen Drogenkonsum um kein Spezialproblem Jugendlicher handelt, das eine spezialisierte Problemlösung erforderlich macht, sondern sich das Drogenkonsumverhalten Jugendlicher vielmehr den "klassischen Bildern der Suchtgefährdung" (184) angleiche, wurde das Aufgabengebiet der Suchtkrankenhilfe weiträumig abgesteckt. Im Zusammenhang mit den therapeutisch orientierten Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter wurde so die organisierte Suchtkrankenhilfe zusehens in die fachliche Kompetenz von Absolventen sozial- und humanwissenschaftlicherer Hoch- und Fachhochschulstudiengänge gestellt. Diplom-Psychologen, Diplom-(Sozial-)Pädagogen und graduierte Sozialarbeiter waren dabei diejenigen wissenschaftlichen Fachleute, die sich im Bereich der Beratung und Behandlung Suchtkrankter ein spezielles Berufsfeld abstecken und langfristig sichern konnten.

Ein weiterer Grund für die Verberuflichung der Suchtkrankenarbeit mag aber auch der Tatsache zuzuschreiben sein, daß 1968 die Rehabilitationsträger die Sucht als eine Krankheit im Sinne der RVO anerkannten. Erst unter diesen Voraussetzungen wurde es nämlich für die Suchtkrankenhelfer möglich, die Hilfeleistungen - sofern sie den Anforderungen einer medizinischen Rehabilitation entsprachen - mit den Kostenträgern abzurechnen. Die damit verbundene finanzielle Entlastung und soziale Aufwertung der Suchtkrankenarbeit motivierte dabei ebenso zur Verberuflichung, wie die Suchtkrankenhelfer ihr Arbeitsfeld zusehends gegen eine nachrückende Ärzteschaft abgrenzen mußten.

Insbesondere führten aber auch die programmatischen und personellen Rahmenbedingungen der Modellprogramme dazu, daß die Aufgaben und Aktivitäten zur Suchtkrankenhilfe zusammengefaßt und aufeinander bezogen wurden (z.B. Modell der Behandlungskette) sowie die Dienstleistungsproduktion seither von therapeutisch ausgebildetem Personal haupt- bzw. nebenamtlich geleistet wird und die Hilfeleistenden ihre Bemühungen um die Klientel an Einkommenserwartungen knüpfen. Indem die Hilfeleistungsvermittlung mithin in den Rahmen von Zweck-Mittel-Überlegungen gestellt und im Zusammenhang mit einem wachsenden Leistungsdruck an bestimmten Effizienzkriterien

festgemacht wird (z.B.: Anzahl von Klientenkontakten der Einrichtungen bzw. des Mitarbeiters, Vermittlungshäufigkeiten, Behandlungsabbrüche und Rückfallquoten etc.), sehen sich sowohl die Handlungsakteure als auch die Einrichtungsträger zunehmend vor die Notwendigkeit gestellt, auf den steigenden öffentlichen und politischen Legitimationsdruck mit einer theoretisch fundierten und praktisch spezialisierten Dienstleistungsproduktion zu reagieren. Mit anderen Worten: Beteiligten sich noch etwa bis Mitte der 70er Jahre engagierte Laien - unabhängig von ihrer Ausbildungs- und Berufsqualifikation - durch freiwillige Übernahme bestimmter Aufgaben an der Organisation und Durchführung der Suchtkrankenhilfe, so wurden erstmals im Verlauf des 'Großmodells' und mit der Einführung der Mindestkriterien Qualifikationsnachweise von den Mitarbeitern gefordert, die in den nachfolgenden Modellprogrammen jeweils weiter konkretisiert wurden.

Die während des 'Großmodells' 1976 eingeführten personellen Mindeststandards sahen dabei vor, daß eine Einrichtung mindestens zwei hauptamtliche Mitarbeiter beschäftigen sollte, von denen wenigstens einer als Sozialarbeiter, Psychologe oder Arzt ausgebildet sein bzw. eine besondere fachliche Qualifikation aufweisen mußte (vgl.: III.4.1.2.1.). 1985. Im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auswertung der Ergebnisse des 'Großmodells' wurden dazu von der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit ergänzend nachfolgende Empfehlungen gegeben:

- "1. Eine Beratungsstelle benötigt zur Erfüllung ihrer (...) Aufgaben (...) mindestens zwei Vollzeitmitarbeiter; als günstigste Besetzung sind 3-4 Vollzeitmitarbeiter vorzusehen (jeweils ohne Schreibkraft). Für stationäre Einrichtungen ist ein Personalschlüssel von etwa 1:3 ausreichend (alle Mitarbeiter einschließlich Beschäftigungstherapeuten o.ä.; aber ohne technisches Personal wie Hausmeister oder Schreibkraft).
2. Als Vollzeitmitarbeiter kommen folgende Fachkräfte in Frage: in Beratungsstellen Sozialarbeiter und Diplom-Psychologen; in stationären Einrichtungen (Entwöhnung) zusätzlich sozialpädagogische und pädagogische Berufe, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten u.ä.. Der Schlüssel zwischen diesen Berufen ist abhängig von der beruf-

lichen Erfahrung, der therapeutischen Ausbildung und der Konzeption. Für ambulante Stellen werden 2 Sozialarbeiter und 1-2 Diplom-Psychologen vorgeschlagen. In stationären Einrichtungen soll für etwa 10 Klienten ein Diplom-Psychologe zur Verfügung stehen. Ärzte, Fachärzte und ärztliche Hilfskräfte (z.B. Schwestern) sind für die beiden Einrichtungstypen als Vollzeitmitarbeiter nicht erforderlich (aber bei entsprechenden psychotherapeutischen Kenntnissen auch geeignet). Niedergelassene Ärzte und Fachärzte sollen auf jeden Fall und intensiver als bisher in irgendeiner organisatorischen Form an die Einrichtungen angebunden sein (z.B. beratend oder mitbehandelnd).

3. Ehemalige Klienten können eine wertvolle Ergänzung des Mitarbeiterteams sein. Sie unterliegen aber den gleichen Auswahlkriterien wie alle anderen Mitarbeiter (z.B. Fachausbildung, Erfahrung, Eignung für den therapeutischen Umgang mit Klienten) und sollen zusätzlich mindestens 3 Jahre drogenfrei sein.
4. Die Leitung der Einrichtungen soll von einer Person mit einer Grundausbildung in Medizin (Psychiater), Psychologie (klinischer Psychologe) oder Sozialarbeit übernommen werden. Im Einzelfall sind zusätzlich folgende Auswahlkriterien heranzuziehen:
 - psychotherapeutische Kenntnisse (vgl.: Nr. 5)
 - Kenntnisse für Führungsaufgaben
 - berufliche Erfahrung
 - therapeutische Schwerpunkte der Einrichtung.
5. Mindestens die Hälfte der vollzeitangestellten Fachkräfte benötigt eine abgeschlossene therapeutische Ausbildung (Universitätsausbildung oder berufsbegleitende Weiterbildung) für eine der folgenden Richtungen: Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologische Therapie". 106,

Diese aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Großmodells abgeleiteten Empfehlungen zur personellen Mindestausstattung der Einrichtungen fanden schließlich ihren unmittelbaren Niederschlag in den Förderungsaufträgen des 'Psychosozialen Anschlußprogramms'. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt (vgl.: III.4.1.2.3.), sahen die erweiterten Mindestkriterien entsprechend vor, daß die personelle Mindestausstattung in den Beratungsstellen von zwei auf wenigstens vier hauptamtliche Mitarbeiter erweitert wurde. Hinsichtlich der beruflichen Zusammensetzung des Mitar-

beiterstammes wurde dabei zur Auflage gemacht, daß:

- ein Diplom-Psychologe mit therapeutischen Kenntnissen (oder Personen mit vergleichbarer fachlicher Qualifikation),
- zwei Sozialarbeiter, von denen einer nachweisbare Kenntnisse in therapeutischen Einzel- und Gruppenverfahren besitzt (oder Personen mit vergleichbarer fachlicher Qualifikation), (sowie)
- eine Verwaltungsangestellte" 197,

einer Einrichtung als ständige Mitarbeiter angehören sollten. Wenngleich diese Anforderung zur personellen Mindestausstattung zunächst nur für die modellgeförderten Einrichtungen verbindlich waren, wurden über das Steuerungsinstrument der Anteils- bzw. Regelfinanzierung von Einrichtungen sowie der Kostenübernahmevereinbarungen (Empfehlungsvereinbarungen) der Rentenversicherungsträger (vgl.: III.1.3.3., 3.2.3., 4.1.2.) die oben aufgeführten Ausbildungsvoraussetzungen und beruflichen Qualifikationsnachweise in sämtlichen ambulanten und stationären Einrichtungen verbindlich festgeschrieben. Als allgemeine Zugangsvoraussetzungen (Basisqualifikation) für eine Mitarbeit in der Suchtkrankenhilfe gelten seitdem Hoch- bzw. Fachhochschulabschlüsse sozial- und humanwissenschaftlicher Studienfächer.

Ehrenamtliche Laienhelfer - bis Mitte der 70er Jahre nahezu die einzigen Dienstleistungsproduzenten in der Suchtkrankenhilfe - wurden somit im Zuge der Akademisierung der Mitarbeiter in der Suchtkrankenfürsorge von der Hilfeleistungsvermittlung weitestgehend ausgeschlossen; wenn überhaupt, so werden sie inzwischen nur noch vereinzelt und dann auch nur noch mit 'Hilfsdiensten' an der Suchtkrankenarbeit beteiligt.

5.1.2. Ausbildung und Qualifikation

Im Verlaufe der Implementation der personellen Ausstattungsaufgaben stellte sich schon bald heraus, daß die hochgeschraubten Erwartungen von Politikern und Öffentlichkeit - mit Hilfe wissenschaftlicher Arbeitsweisen dem Drogen - und Rauschmittelmißbrauch Herr zu werden und die Erfolge in der Rehabilitation Suchtkranker zu verbessern - sich nicht in dem erhofften Ausmaß erfüllten. Die allgemeine theoretische Ausbildung an Hoch - und Fachhochschulen schien bei weitem nicht auszureichen, um den diffizilen Anforderungen der Praxis gerecht zu werden. 100, Das häufige Fehlen eines speziell den Problembereich 'Sucht' betreffenden Lehrangebotes an den Hoch- und Fachhochschulen auf der einen, das mangelnde Erfahrungswissen der Mitarbeiter in den Einrichtungen auf der anderen Seite gaben schließlich vor dem Hintergrund eines ständig steigenden Problem- und Leistungsdrucks, (letzterer insbesondere ausgehend von den Förderungsinstanzen) den Anlaß zur Konzeptionierung eines speziell auf die Suchtproblematik zugeschnittenen Fort- und Weiterbildungsangebotes. 101)

Das generelle Streben nach einer Systematisierung des Wissens in der Suchtkrankenarbeit kam dabei unter anderem auch darin zum Ausdruck, daß im Zusammenhang mit den im Rahmen der Modellprogramme eingeführten Dokumentationsaufgaben (vgl.: III.4.1.2.1. sowie 4.1.2.2.) mit einer nach wissenschaftlichen Kriterien und professionellen Interessen aufbereiteten Datenerhebung (z.B. Erfassung und Auswertung von Anamnese- und Katamnesedaten in Verbindung mit der EBIS-Statistik) begonnen wurde. Insoweit professionelle Handlungsorientierungen bei der Erhebung und Auswertung des Datenmaterials berücksichtigt wurden, erfolgten diese mit Blick auf eine theoretisch angeleitete Analyse von Ursache- und Wirkungszusammenhängen sowie im Hinblick auf eine theoretische Ab- bzw. Anleitung von Handlungsstrategien. Ohne hier näher auf die praktische Relevanz der über die Dokumentationsaufgaben ermittelten Ergebnisse und abgeleiteten Problemlösungsvorschläge für die Professionalisierungstendenzen in der Suchtkrankenhilfe eingehen zu wollen, sei an dieser Stelle jedoch an die von der Projektgruppe Rauschmittelab-

hängigkeit des Max-Planck-Instituts entwickelten Suchtberatungs- und Prophylaxekonzepte, Therapiemanuale und Evaluationsprogramme etc. erinnert. 190)

Vor diesem Hintergrund - einem wachsenden Problembewußtsein in der Öffentlichkeit bei einem gleichzeitig steigenden Leistungsdruck durch die Förderungsinstanzen sowie einer an professionellen Interessen ausgerichteten Dokumentation und Forschung - mach(t)en eine Vielzahl von privaten und als gemeinnützig anerkannten Fachgesellschaften (z.B.: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AAGP), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM) etc.) sowie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege aus der Not und dem Bedürfnis der Mitarbeiter nach einer Systematisierung des Wissens zur Suchtproblematik repektive der Vermittlung anwendungsorientierter Problemlösungsstrategien eine Tugend. Seit ca. 10 Jahren, d.h. seit der verbindlichen Einführung der Mindestkriterien, halten die verschiedenen Fachgesellschaften und die Trägerverbände der Freien Wohlfahrtspflege ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot bereit, mit dessen Hilfe sie dem Ausbildungsdefizit der Mitarbeiter in den Einrichtungen gezielt entgegenwirken wollen. Indem die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Zusammenhang mit den 'Mindestkriterien' bzw. den 'Anerkennungsvoraussetzungen' der Kostenträger formalisiert und im Rahmen von Dienstverträgen für die Mitarbeiter in ambulanten und stationären Einrichtungen verbindlich vorgeschrieben wurde, verselbständigte sich dieser Leistungsbereich. Anders ausgedrückt: Kann davon ausgegangen werden, daß noch zu Beginn der Professionalisierungstendenzen im Suchtkrankenbereich die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einem grundsätzlichen Bedürfnis der Mitarbeiter nach Systematisierung und Anwendungsorientierung des Wissens entsprachen, so wurde das Durchlaufen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Zusammenhang mit den Mindestkriterien und den Anerkennungsvoraussetzungen der Kostenträger für die Einrichtungsträger bzw. für die Mitarbeiter in den Einrichtungen zur Pflicht. In der Anlage I der Empfehlungsvereinbarung heißt es denn auch entsprechend:

"3.1. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Sucht-
krankenarbeit qualifizierte und erfahrene

- 3.1.1. Ärzte,
- 3.1.2. Diplom-Psychologen,
- 3.1.3. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sowie
- 3.1.4. Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten

zur Verfügung stehen.

3.2. Sie sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben. Als
Zusatzausbildung kommen z.B. in Betracht:

bei den unter 3.1.1. bis 3.1.4. aufgeführten Thera-
peuten

- Ausbildung zum Suchtkrankentherapeuten oder
- Gesprächstherapie nach Rogers oder
- Verhaltenstherapie oder
- Psychodrama oder

bei den unter 3.1.4. aufgeführten Therapeuten auch

- eine Zusatzausbildung als Arbeitserzieher." 191)

Die sowohl in den Anerkennungsvoraussetzungen als auch in
den Mindestkriterien zum Ausdruck gebrachte und zum Teil in
den Dienstverträgen der Mitarbeiter sich konkretisierende
Verpflichtung zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaß-
nahmen wiegt dabei um so schwerer, als hierdurch nicht nur
die Mitarbeiter in den Einrichtungen mit einem erheblichen
Zeit- und Kostenaufwand belastet werden, sondern vielmehr
auch die Art und Weise der Dienstleistungsproduktion und
Leistungsvermittlung systematisiert und über die Einübung
spezieller Therapietechniken standardisiert wird.

Während die Weiterbildungsmaßnahmen primär auf eine Ausbil-
dung in psychoanalytisch und/oder verhaltenstherapeutisch
orientierten Therapietechniken abstellen, haben die Fortbil-
dungsveranstaltungen überwiegend spezielle, praxisnahe Fra-
gestellungen (wie z.B. 'sozialrechtliche Vorschriften in der
Praxis der Suchtkrankenhilfe', 'Fortbildung für Mitarbeiter
in der Öffentlichkeitsarbeit', 'Symptomatik, Genese, Diffe-
rentialdiagnose und Therapie des Borderline-Syndroms' etc.)
zum Inhalt. 192) Beiden Ausbildungsgängen ist dabei jedoch

gemeinsam, daß sie, wenn auch aus unterschiedlichen Richtungen kommend, zu einer Systematisierung des Wissens in der Suchtkrankenhilfe bzw. zu einer Spezialisierung und Standardisierung des Hilfeleistungsangebots beitragen. Die Weiterbildungsmaßnahmen zum Sozialtherapeuten zeichnen sich dabei insbesondere dadurch aus, daß hier ausgehend von einem theoretischen Erklärungsansatz Handlungsstrategien theoretisch abgeleitet und zur Anwendung in der Praxis eingeübt werden. Im Gegensatz dazu sind die Fortbildungsmaßnahmen dadurch charakterisiert, daß hier Praxiserfahrungen der Teilnehmer in den Veranstaltungen zusammengetragen, strukturiert, zu Handlungsvorschlägen für die Mitarbeiter verarbeitet und als Problemlösungskonzepte an die Praxis zurückgegeben werden.

Konkret handelt es sich bei den Fortbildungsangeboten um Veranstaltungen, bei denen es darum geht, die bereits vorhandene berufliche Qualifikation der Mitarbeiter in den Einrichtungen durch die "(...) Vermittlung neuer Erkenntnisse und das Kennenlernen neuer Methoden in den Bereichen Sozialarbeit, Psychologie, Medizin, Rechtskunde und Theologie (...)" (1983) zu erweitern und deren Fachkompetenz zu verbessern. Die einzelnen Fortbildungsmaßnahmen (z.B. klientenzentrierte psychologische Gesprächsführung, Transaktionsanalyse) sind dabei i.d.R. entsprechend dem Baukastenprinzip konzipiert, wonach sich eine einzelne Fortbildungsmaßnahme aus ca. 3-7 mehrtägigen und aufeinander bezogenen Grund- und Aufbaukursen zusammensetzt. Nach Durchlaufen der Blockveranstaltungen erhalten die Teilnehmer i.d.R. eine von den jeweiligen Fachgesellschaften (z.B.: "Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V." (DGPFPT), "Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik" (DAGG), "Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft" (DPG) etc.) anerkannte Teilnahmebescheinigung. Die Kosten für derartige Fortbildungsmaßnahmen belaufen sich je nach Art und Umfang des Lehrangebotes auf ca. 400-1000,-DM. War es dabei bis vor einiger Zeit üblich, daß die Mitarbeiter in den Einrichtungen die Kosten in voller Höhe selbst zu tragen hatten, so bezuschussen neuerdings die Einrichtungsträger zu einem Teil die Fortbildungsmaßnahmen ihrer Mitarbeiter (Fortbildungspauschalen).

Genauere Angaben darüber, in welchem Umfang und welche Themenbereiche der Fortbildungsveranstaltungen von den Mitarbeitern ambulanter und stationärer Suchtkrankenhilfe insgesamt nachgefragt werden, liegen nicht vor. Allein der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD schätzt aber die Anzahl der Mitarbeiter, die seit Beginn der Fortbildungsmaßnahmen vor ca. 10 Jahren die Veranstaltungsangebote des Verbandes belegt und abgeschlossen haben, auf rund 700 Teilnehmer. 174. Bei diesen Angaben ist allerdings zu berücksichtigen, daß, obwohl die Lehrangebote der einzelnen Träger sämtlichen Interessenten, d.h. auch Mitarbeitern anderer Trägerverbände bzw. jenen aus staatlichen und kommunalen Einrichtungen, zur Teilnahme offenstehen, insbesondere die Einrichtungsträger der Freien Wohlfahrtspflege ihre Mitarbeiter bevorzugt in verbandseigene Fortbildungsmaßnahmen vermitteln. Ebenso wie in den anderen Bereichen der Dienstleistungsproduktion in der Drogenpolitik sind nämlich auch im Fort- (und Weiter-) bildungssektor Konkurrenzbeziehungen zwischen den Leistungsproduzenten virulent. Diese kommen dabei unter anderem auch darin zum Ausdruck, daß verbandsintern oftmals nur solche Qualifikationsnachweise anerkannt werden, die in verbandsnahen Instituten erworben wurden.

Neben den verschiedenen Fortbildungsangeboten ist die "(...) dreijährige Weiterbildung zum Sozialtherapeuten, die auf einer abgeschlossenen Berufsausbildung basierend, zu einer Spezialisierung in der Beratung und Therapie mit Suchtkranken führt " 175, (Hervorhebung nicht im Original), innerhalb des Systems der Fort- und Weiterbildung zu einer zentralen Bildungsmaßnahme geworden. Zur Teilnahme an der entweder psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten Weiterbildung sind dabei nur diejenigen Mitarbeiter zugelassen, die "(...) einen Fachhochschulabschluß oder Hochschulabschluß in Human- und/oder Sozialwissenschaften nachweisen können. (...) Als Leiter von Ausbildungsgruppen werden nur Psychotherapeuten tätig, die über einen entsprechenden wissenschaftlichen Ausbildungsabschluß als Psychoanalytiker bzw. Verhaltenstherapeut verfügen - und (...) als Ausbilder anerkannt sind." 176. Die dreijährige berufsbegleitende Weiterbildungsmaßnahme entspricht dabei den Förderungsrichtlinien des Bundes und der Länder sowie den Anerkennungsvoraus-

setzungen (Empfehlungsvereinbarung) der Kostenträger und endet mit einer schriftlichen und mündlichen Abschlußprüfung zum 'Sozialtherapeuten'; an der Abschlußprüfung nehmen Vertreter der Sozialministerien der Länder als Beobachter teil.

Bei der hier beschriebenen 'Weiterbildung zum Sozialtherapeuten' handelt es sich in der Regel um ein Weiterbildungsangebot der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege. Darüber hinaus bieten aber noch eine ganze Reihe weiterer - privater und/oder gemeinnütziger - Institutionen Weiterbildung in den verschiedensten Therapietechniken an. Auch diese Maßnahmen werden berufsbegleitend durchgeführt, dauern im Schnitt ca. drei bis vier Jahre, enden auch hier mit einer mündlichen und schriftlichen Abschlußprüfung und werden von den Kostenträgern als therapeutische 'Zusatzqualifikation' anerkannt. 177. Die Kosten für eine derartige Weiterbildungsmaßnahmen belaufen sich auf ca. 10.000,- DM bis weit über 20.000,-DM. An der Finanzierung der Maßnahme beteiligen sich neben den Teilnehmern in der Regel die Trägerverbände (als Arbeitgeber) sowie das Arbeitsamt (nach § 34 AFG) zu etwa je einem Drittel an den Kosten.

Die Anbindung der Weiterbildungsverpflichtung an Förderungs- und Pfllegesatzvereinbarungen hat dazu geführt, daß trotz des enormen Zeit- und Kostenaufwandes, den eine derartige Maßnahme sowohl für den Teilnehmer als auch für die Einrichtungsträger verursacht, inzwischen mehr als zwei Drittel der in ambulanten Einrichtungen tätigen therapeutischen Mitarbeiter eine oder mehrere Weiterbildungsmaßnahmen erfolgreich abgeschlossen oder zumindest begonnen haben. Ein Zeitreihenvergleich der EBS-Jahresstatistik, durch die seit 1980 bundesweit rd. 60% der ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen routinemäßig erfaßt werden, weist für den Zeitraum von 1980 bis 1985 einen kontinuierlich steigenden Trend zur Höherqualifikation der Mitarbeiter in den Ambulanzen aus: Hatten bereits 1980 ca. 67% der therapeutisch tätigen Mitarbeiter mindestens eine Weiterbildungsmaßnahme abgeschlossen bzw. begonnen, so belief sich von 1981 bis 1983 der Anteil der weiterqualifizierten Mitarbeiter auf jeweils 71%; 1984/85 waren es bereits 73% der therapeutischen Mitarbeiter, die auf eine abgeschlossene und/oder be-

gonnene Weiterbildungsmaßnahme verweisen konnten. Im Durchschnitt waren 1984/85 in jeder Einrichtung ca. 1,4 therapeutische Mitarbeiter beschäftigt, die bereits mindestens eine Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hatten; jeweils ein Mitarbeiter pro Einrichtung befand sich zur Zeit der Befragung noch in Weiterbildung und nur 0,9 therapeutische Mitarbeiter konnten noch nicht auf eine abgeschlossene bzw. begonnene Weiterbildungsmaßnahme verweisen. 199)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Weiterbildung	(2) (1)	(2) (1)	(2) (1)	(2) (1)	(2) (1)	(2) (1)
eine oder mehrere abgeschlossene Maßnahmen	0,9 197	1,3 244	1,2 319	1,3 326	1,4 341	1,5 374
keine abgeschl. Maßnahme, aber z.Zt. in Weiterbildung	1,1 242	1,1 215	1,1 276	1,1 261	1,0 246	1,0 254
keine abgeschlossene Weiterbildung	1,0 204	1,0 189	1,0 265	1,0 247	0,9 233	1,0 253
Anzahl der Einrichtungen, die der jeweiligen Untersuchung zugrunde liegen.	N = 212	N = 192	N = 258	N = 248	N = 265	N = 246

Tab.: 6

- (1) Anzahl der therapeutischen Mitarbeiter in 'N' Einrichtungen
 (2) Anzahl der therapeutischen Mitarbeiter mit (ohne) Weiterbildung je Einrichtung $(2) = (1) / N$

(Quelle: EBIS-Jahresstatistik 1980-1985 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland, EBIS-Berichte Bd. 1,2,4,5,6,7, (Tab. 3); die Daten der einzelnen Jahrgänge wurden hier zu einer Tabelle zusammengefaßt.)

Was schließlich die Wahl der Weiterbildungsart, d.h. die von den Teilnehmern bevorzugt angestrebte Therapierichtung (psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert) anbelangt, so weisen die erhobenen Daten mit 20-22% eine eindeutige Präferenz der Teilnehmer für die psychoanalytisch ausgerichteten Weiterbildungsmaßnahmen aus; die verhaltenstherapeutisch orientierten Veranstaltungsangebote werden hingegen nur von rd. 10-12% der Weiterbildungskandidaten belegt 199) - eine Tatsache, die es angesichts der verstärkten Entwicklung und Implementation verhaltenstherapeutischer Therapiekonzepte während der Modellprogramme ('Großmodell',

PSAP) zu beachten gilt.

Zu guter Letzt soll nunmehr noch auf die Aus- und Fortbildungssituation der ehrenamtlichen Laienhelfer eingegangen werden. Erfolgte deren Hilfeleistung - wie bereits ausgeführt (vgl.: III.5.1.1.) - ursprünglich im Sinne einer advokatorischen Handlungsorientierung, so haben die Professionalisierungstendenzen in der Suchtkrankenarbeit nicht nur allgemein eine Abkehr von der advokatorischen Interessenvertretung zur Folge (vgl.: III.5.2), sondern vielmehr hat die Verwissenschaftlichung auch zur Konsequenz, daß die langjährig tätigen ehrenamtlichen Laienhelfer von den neuen 'Professionals' als 'Störfaktoren' im Problembearbeitungsprozess identifiziert und als solche aus der Suchtkrankenarbeit herausgedrängt wurden. Von seiten der professionellen Suchtkrankenhelfer wurde und wird den Laienhelfern dabei hauptsächlich vorgeworfen, daß sie ohne Rücksicht auf die Strukturen und organisatorischen Verflechtungen zwischen den Institutionen in den Problembearbeitungsprozeß eingreifen, die professionelle Hilfe zum Teil in Frage stellen und dadurch das therapeutische Klima ungünstig beeinflussen.

Diese weit verbreiteten Vorurteile und Anschuldigungen der Professionals gegenüber den ehrenamtlichen Laienhelfern veranlaßten schließlich die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) - zu deren Mitgliedsverbänden traditionell eine Vielzahl von Abstinenzverbänden zählt - sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen und ein Konzept zu erarbeiten, wonach es auch ehrenamtlichen Laienhelfern weiterhin möglich sein sollte, sich am Problembearbeitungsprozeß zu beteiligen. Mit den 1975 erarbeiteten 'Grundsätzen und Kriterien für die Behandlung Suchtkranker' definierte und verabschiedete der Fachausschuß 'Suchtkrankenhilfe' der DHS ein Qualifikationsprofil für ehrenamtliche Laienhelfer, das deren Mitarbeit seither an folgende Voraussetzungen knüpft:

"Der freiwillige Helfer muß neben seinem gefühlsmäßigen Engagement zur Fähigkeit methodischer Hilfeleistung geführt werden. Dazu dient die

- Vermittlung von Grundkenntnissen über Sucht und Krankheitsverlauf
- Information über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten
- Schulung über Abläufe von Gruppen- und Einzelgesprächen.

Der freiwillige Helfer muß ferner gelernt haben: (...)

- die erforderlichen Hilfsmaßnahmen sinnvoll einzuordnen und anzubieten
- die Zusammenarbeit mit den Fachleuten in der Suchtkrankenhilfe sicherzustellen und Alleingänge zu vermeiden (...)" 200) (Hervorhebungen nicht im Original).

Die in diesen allgemeinen Grundsätzen der DHS zum Ausdruck gebrachten Qualifikationsanforderungen implizierten damit auch für den ehrenamtlichen Laienhelfer die Forderung nach dessen systematischer Aus- und Fortbildung in der Suchtkrankenhilfe. Wenngleich die Einbeziehung von Laienhelfern in das System formalisierter Aus-, Fort- und Weiterbildung inzwischen auch nicht mehr von allen Trägerverbänden im gleichen Ausmaß ideologisch mitgetragen wird 201, so läßt sich doch eine allgemeine Tendenz in Richtung auf eine 'Verschulung' freiwilliger Suchtkrankenhelfer beobachten. Mit der systematischen Ausbildung von Laienhelfern zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer', die mit einer Abschlußprüfung und der Anerkennung als 'Freiwilliger Suchtkrankenhelfer', endet, übernimmt dabei der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD eine Art 'Vorreiterrolle'. Zum Inhalt des Lehrangebotes macht der Gesamtverband folgende Angaben:

"Ziel der Ausbildung ist es, ehrenamtliche Mitarbeiter/innen gemäß der Fachkonzeption des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD für die Aufgabe als freiwilliger Suchtkrankenhelfer auszubilden. Die Ausbildung geschieht auf regionaler Ebene nach einem gemeinsam entwickelten Ausbildungsprogramm (100 - Stunden-Programm) der zur Diakonie gehörenden Blaukreuz-Verbände/Freundeskreise und Landesarbeitsgemeinschaften für Suchtkrankenhilfe, mit folgenden Inhalten:

- Gefährdung durch Drogen
- Pharmakologie der Drogen
- Sucht (Abhängigkeitserkrankungen) und ihre Behandlung
- Praxis der Helfertätigkeit

- Christliche Seelsorge und Lebenshilfe
- Die Person des Helfers
- Strukturelle und rechtliche Fragen

(...). Die Ausbildung zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' ist ausschließlich auf eine ehrenamtliche Mitarbeit ausgerichtet. Sie ist keine Qualifikation für eine hauptberufliche Tätigkeit". 202)

Der explizite Hinweis auf den ehrenamtlichen Status des zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' ausgebildeten 'Laien' mag dabei einen Hinweis geben auf die zunehmende Wettbewerbsfähigkeit des Laienhelfers bzw. auf eine sich zwischen den Professionellen- und Laien-Helfergemeinschaften anbahnende Konkurrenzbeziehung. Indem die Ausbildung die 'Laienhelfer' verstärkt in die Lage versetzt, sich in der Art und Weise der Ausübung ihrer Aufgaben zusehends der Tätigkeiten und Techniken der Professionals anzunähern, wird es für diese immer notwendiger, sich gegenüber den (ausgebildeten) 'Laienhelfern' abzugrenzen und ihre gerade erst gewonnene Monopolstellung im Bereich der Suchtkrankenversorgung zu sichern. Daß das Konkurrenzempfinden der Professionals dabei nicht allein deren gedanklicher Vorstellungswelt entspringt, zeigen diejenigen Fälle, in denen Laien nach Abschluß einer Ausbildung zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' von ihrem ehrenamtlichen Status entbunden und - unter Kostenaspekten - als voll- oder teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter in den Einrichtungen den Professionals annähernd gleichgestellt wurden. Obwohl diese sich abzeichnende Entwicklung dazu geführt hat, daß sich einige dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe angeschlossene regionale Trägerverbände verbandsintern von der Ausbildung zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' distanzieren und diese in der oben beschriebenen Ausprägung nicht mehr anbieten, wurden in den vergangenen 10 Jahren allein von den verbleibenden und dem Gesamtverband angeschlossenen Landesarbeitsgemeinschaften sowie den Abstinenzverbänden schätzungsweise 2000-3000 ehrenamtliche Mitarbeiter zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' ausgebildet. 203) Über deren Verbleib bzw. Einsatz in ambulanten und/oder stationären Einrichtungen bzw. deren ('widerrechtliche') Übernahme in eine haupt- oder nebenamtliche Anstellung können hier jedoch keine genauen Angaben gemacht werden; die reprä-

sentativen Statistiken - hier sei insbesondere an die EBIS-Statistik gedacht - weisen bei der Erfassung der personellen Besetzung ambulanter Einrichtungen unter der Kategorie der 'Ehrenamtlichen Helfer' die zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' ausgebildeten Mitarbeiter nicht gesondert aus. Es ist jedoch davon auszugehen, daß der größte Teil der 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' sich in Abstinenzverbänden oder Selbsthilfegruppen engagiert oder sich als 'Ehrenamtlicher Helfer' ohne Bezahlung an der Hilfeleistungsvermittlung in ambulanten und/oder stationären Einrichtungen beteiligt.

Der Vollständigkeit halber bleibt an dieser Stelle noch nachzutragen, daß die Ausbildung zum 'Freiwilligen Suchtkrankenhelfer' für die Teilnehmer ebenfalls mit Kosten bis zu 650,- DM verbunden ist, die i.d.R. von den Teilnehmern selbst aufgebracht werden müssen; zum Teil beteiligen sich aber auch die örtlichen Träger- und Abstinenzverbände an den Ausbildungskosten.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß im Rahmen der Modellprogramme des Bundes bzw. mit der Einführung der Mindestkriterien und den Anerkennungsvoraussetzungen der Kostenträger einer Verberuflichung der Suchtkrankenarbeit der Weg bereitet wurde. Insbesondere die Forderungen nach einer Systematisierung des Wissens durch eine weitgehend formalisierte Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Verpflichtung der Mitarbeiter zur Durchführung derartiger Maßnahmen schaffen neben der Sozialorientierung im gesamten Suchtbereich die Voraussetzungen für eine Professionalisierung der Suchtkrankenfürsorge. Als Fachautorität anerkannt und mit einem gewissen Vertrauensvorschuß ausgestattet, konnten die Drogenexperten ihre Tätigkeiten bisher nicht nur monopolisieren und gegenüber den 'nachruckenden' (ausgebildeten) 'Laien Helfern' behaupten, sondern sie verschafften sich durch die Verwissenschaftlichung und Spezialisierung der Hilfeleistungsvermittlung auch eine relative Handlungsautonomie.

Die formalisierte Weiterbildung in bestimmten Therapietechniken hat darüber hinaus aber auch dazu beigetragen, die Dienstleistungsproduktion und -vermittlung zu standardisie-

ren. In dem Maß, wie dadurch die Hilfeleistung vereinheitlicht wurde, konnte die Leistungserbringung der Professionals schließlich auch von Außenstehenden kontrolliert und kopiert werden. Trotz der Vielzahl der an der Suchtkrankenhilfe beteiligten unterschiedlichen Berufe (Ärzte, Psychologen, Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) konnte bisher jedoch noch keine verbindlich geregelte Kompetenzabgrenzung zwischen diesen erreicht werden.

5.2. Begrenzung professioneller Standards durch Psychologisierung und bürokratischer Kontrolle der Suchtkrankenversorgung

5.2.1. Einseitige Systematisierung des Wissens und abnehmende Sozialorientierung der Hilfeleistungsproduktion (Psychologisierung)

Wie zuvor bereits erwähnt, ist für die Kategorisierung der Suchtkrankenhilfe als Beruf oder Profession neben einer wachsenden Kollektivitäts- bzw. Sozialorientierung der Tätigkeiten das Ausmaß entscheidend, mit dem versucht wird, die Drogen- und Rauschmittelproblematik auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Problemanalyse zu erklären bzw. Methoden zur Problemlösung theoretisch abzuleiten. Folgt man der Annahme Everett C. Hughes', wonach sich Professionalisierungstendenzen unter anderem auch dadurch identifizieren lassen, daß zur Systematisierung und Vermittlung des formalen Wissens, Kurse eingerichtet, Fachschulen gegründet, Lehrpläne aufgestellt sowie berufliche Zugangsvoraussetzungen bzw. Richtlinien formuliert werden ²⁰⁴, so gewinnt man unter dem Eindruck der vorausgegangenen Ausführungen - der Hinweise auf eine entsprechende Akzentuierung der 'Mindestkriterien', der 'Empfehlungsvereinbarung' sowie der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen - den Eindruck, daß sich die Suchtkrankenhilfe weitgehend professionalisiert haben mußte. Bei genauerer Durchsicht der diversen Veranstaltungs-, Fort- und Weiterbildungsangebote in der Suchtkrankenfürsorge zeigt sich aber, daß sich die Professionalisierung in der Suchtkrankenarbeit einseitig in Richtung auf eine Psychologisierung bzw. Therapeutisierung entwickelt und damit einer Entpolitisierung der Drogenpolitik den Weg bereitet hat. ²⁰⁵

Daß sich die Suchtkrankenfürsorge inzwischen verstärkt psychotherapeutischer Problemlösungskonzepte bedient, scheint sich mitunter auch dadurch zu erklären, daß einerseits die psychologischen Behandlungsverfahren eine Art 'Machbarkeit von Hilfe' suggerieren, andererseits deren Implementation eine Operationalisierung und Verbesserung der politisch-administrativen Handhabbarkeit der Drogenpolitik erlaubt. Doch abgesehen von einem solchermaßen begründeten hohen Ge-

brauchswert psychologischer Problemlösungstechniken, gewinnt die Psychologisierung der Suchtkrankenhilfe insbesondere auch dadurch zentrale Bedeutung, daß hierüber ein systematisches Ineinandergreifen sozialtherapeutischer Interventions- und Kontrollstrategien erreicht wird. 204) Unter dem Einfluß der sozialtherapeutischen Behandlungsverfahren bleiben nämlich nicht nur die drogenpolitischen Sanktions- und Zwangsmaßnahmen weiterhin in Kraft, vielmehr können diese durch ihre Einbindung in psychotherapeutische Erklärungszusammenhänge gegenüber der Öffentlichkeit begründet und in einer eher vertretbaren Art und Weise durchgesetzt werden.

Abgesehen von der noch zu erörternden Integrationsfunktion einer Psychologisierung der Suchtkrankenarbeit, verblüffen die psychotherapeutischen Problemlösungstechniken zunächst durch ihre Praktikabilität. Dabei handelt es sich bei den der klinischen Psychologie entlehnten Behandlungsverfahren (wie z.B. Psychoanalyse, Transaktionsanalyse, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Gestaltpsychotherapie, Psychodrama, Verhaltenstherapie etc.) jeweils um ein in sich geschlossenes System methodisch und systematisch aufeinander bezogener Interpretations- und Handlungsvorschriften, die von den therapeutisch tätigen Mitarbeitern in den Einrichtungen im Rahmen der Weiterbildungsmaßnahmen erlernt und trainiert werden. Mit dem Bemühen, das Gesellschaftsproblem 'Sucht' durch eine jeweils am konkreten Einzelfall orientierte Therapeutisierung lösen zu wollen, erfolgt dabei die Umdeutung der Suchtproblematik von einem kollektiven zu einem individuellen Problem. Indem es darüber möglich wird, die individuellen Problemsyn-drome auf einzelne therapeutisch bearbeitbare Problemsegmente zu reduzieren (wobei die einzelnen Probleme so wahrgenommen werden, wie es die jeweils zur Anwendung kommende psychologische Theorie vorgibt), werden nicht nur die Klientenschicksale kategorisierbar, sondern auch die Dienstleistungsproduktion wird im Rahmen der Erstellung von teilstandardisierten Problemdiagnosen (Anamnese), der Formulierung therapeutischer Zielsetzungen sowie der Festlegung von Behandlungsplänen administrativ planbar, operationalisierbar und unter Zugrundelegung eines einheitlichen Beurteilungs- und Verhaltensmaßstabs letztendlich auch kontrollierbar. Damit aber bewirkt die Anwendung (teil-) standardi-

sierter Therapietechniken nicht nur eine am Einzelfall orientierte und routinisierte Problembearbeitung; vielmehr scheint die Therapeutisierung auch geeignet Normunsicherheiten und Ohnmachtgefühle der therapeutisch tätigen Mitarbeiter unter Hinweis auf die Verwendung wissenschaftlich begründeter Problemlösungstechniken, als unberechtigt zurückzuweisen 207). Da die Therapiekonzepte die Problemwahrnehmungen und Handlungsmotivationen für die Mitarbeiter quasi standardisieren, entfällt für diese schließlich auch die Notwendigkeit, ihr Handeln gegenüber der Klientel und der Öffentlichkeit permanent und jeweils neu legitimieren zu müssen.

Darüber hinaus scheint die einseitig psychotherapeutisch ausgerichtete Professionalisierung für die Suchtkrankenhelfer aber auch den Vorteil einer grundsätzlichen Statusaufwertung der Berufsposition der Drogen- bzw. Sozialarbeit mit sich zu bringen. Der aus der therapeutischen Zusatzqualifikation resultierende Prestige- und Statusgewinn der Suchtkrankenhelfer ist dabei geeignet, die Berufsgruppenkonkurrenz mit Ärzten und klinischen Psychologen zugunsten der therapeutisch qualifizierten Sozialarbeiter/-pädagogen und Psychologen zu entscheiden. 208)

Die Vorteile psychologischer Problemlösungstechniken erschöpfen sich aber nicht nur in einer Standardisierung und routinisierten Vermittlung von Hilfeleistungsangeboten bzw. in der Möglichkeit der beruflichen Zugangsbeschränkung. Wie bereits angedeutet, erweist sich die Psychologisierung der Drogenpolitik vielmehr auch als ein probates Instrument, um die miteinander konfligierenden Handlungsstrategien von Hilfe vermittelnden und sanktionierenden Organisationen innerhalb der Makroorganisationen zu einem einheitlichen Ganzen zusammenzufügen. In dem Maße, wie dabei in Rückgriff auf die Methodologien psychologischer Handlungskonzepte den Klienten Verhaltens- und Charakterdefizite zugeschrieben werden und mithin die Gesellschaft von der Verantwortung gegenüber der Klientel entlastet wird (Entpolitisierung des Drogenproblems), trägt der einzelne Klient die gesamte Last der sozialen Integration.

Im Kontext eines derartig strukturierten Integrationsprozesses fungieren die Therapeuten immer häufiger als Vollstreckungsgehilfen und Vermittler zwischen den sich konträr gegenüberstehenden Organisationen. Um einen Eindruck darüber zu vermitteln, wie und unter welchen Bedingungen die soziale Integration von sowohl (sozial-) therapeutischen Interventionen als auch (sozial-) politischen Kontrollstrategien erreicht wird, soll nachfolgend in einem Exkurs die Praxis (stationärer) Drogentherapie kurz illustriert werden. Ein Rückgriff auf stationäre Therapieeinrichtungen und deren Behandlungsideologien (in der Regel ein auf gruppendynamischen, gestalt- und/oder verhaltenstherapeutischen Methoden basierendes 'Vier-Stufensystem' 207) bietet sich hier gerade deswegen an, weil die Beschreibung des Funktionierens stationärer Langzeittherapien deren Integrationsfunktion von kontrollierenden und Hilfe vermittelnden Handlungsstrategien am deutlichsten hervortreten läßt. Die sich hierbei abzeichnenden Interaktionsformen zwischen Therapeuten und Klienten bzw. zwischen helfenden und sanktionierenden Organisationen sind für den ambulanten Therapiebereich infolge der dort geringeren Durchsetzungs- und Kontrollmöglichkeiten zwar zu modifizieren; in der Tendenz werden in diesen Therapiesituationen aber die gleichen integrierenden Mechanismen wirksam wie in den stationär organisierten Therapien.

Exkurs:

Da mit der Problemdefinition davon ausgegangen wird, daß Drogen- und Rauschmittelabhängige erhebliche Persönlichkeits- und Verhaltensdefizite aufweisen, ist es allgemeines Ziel jeder therapeutischen Intervention, den Klienten außer zur Drogenabstinenz auch zur Selbstverantwortung, Zuverlässigkeit, Kontaktfähigkeit und Realitätstüchtigkeit zu erziehen respektive ihm entsprechende Verhaltensmuster anzutrainieren. Um dies zu erreichen, sind den Therapieverfahren neben kurativen Elementen auch subtile Formen der Bestrafung immanent. In diesem Zusammenhang scheint nun der Hinweis wichtig, daß Drogentherapie grundsätzlich mit einer 'Freiwilligkeitserklärung' des Klienten zur Therapie beginnt (vgl.: I.1.2.4.). Dabei ist es gleichgültig, wie diese sogenannte Freiwilligkeit zustande gekommen ist: ob auf Druck von Eltern, Freunden und Bekannten oder unter dem Zwang von gerichtlichen Therapieauflagen. Für die rechtlich-legitimatorische Absicherung der in die Therapie einweisenden, kon-

trollierenden und sanktionierenden Institutionen (Gerichte, Verwaltungs- und Ordnungsbehörden) sowie für die Therapieeinrichtungen ist allein entscheidend, daß die Freiwilligkeitserklärung von jedem Klienten unterschrieben wird. Mit der Unterzeichnung der 'Freiwilligkeitserklärung' dokumentiert der Klient nämlich nicht nur seine 'Einsicht' in die Notwendigkeit einer Therapie und impliziert sein Einverständnis mit den Therapiepraktiken; vielmehr kommt die 'Freiwilligkeitserklärung' einem Schuldeingeständnis des Klienten gleich. Widerruft der Klient die unter diesen Voraussetzungen zustande gekommene Freiwilligkeit, indem er sich den Anordnungen der Therapeuten widersetzt oder aus der Einrichtung flieht, drohen ihm - je nach Grundlage der Therapieeinweisungsentscheidung - die Verlegung in eine Justizvollzugsanstalt (§§ 35 ff BTMG), zumindest aber erhebliche Auseinandersetzungen mit den Einrichtungs- und Kostenträgern, Gerichten sowie dem Sozial-, Gesundheits- und/oder Jugendamt. Wenn trotz dieser drohenden Repressalien die Therapien von den Klienten häufig eigenmächtig abgebrochen werden und die nach §§ 35 ff BTMG verurteilten drogenabhängigen Straftäter sich nicht selten lieber in den 'Knast' als in die Therapie einweisen lassen, so findet dies zum einen eine Erklärung in den Bedingungen, unter denen die Therapieeinweisung erfolgt (vgl.: III.4.1.2.3.); zum anderen sind es aber die Rigidität der Therapieverfahren und die einrichtungsinterne Ordnung, die die Klienten zu Therapieabbrüchen veranlassen.

Die meisten der Therapieprozesse verlaufen nach folgendem Muster: 210,

Nach langwierigen Aufnahmeverfahren, in denen sich die 'Neuankömmlinge' vor Therapeut und Klienten ihr soziales Versagen eingestehen müssen, werden zunächst in einer Art 'Unterwerfungsritual' (z.B. 'Filzen', Neueinkleidung, Reinigung und Desinfektion des Klienten etc.) letzte Widerstände gegen die (freiwillige) Therapie abgebaut. Danach werden die Klienten für mindestens drei bis vier Monate isoliert. Kontakte zu Eltern, Freunden oder Bekannten sind ebenso untersagt wie Brief- und Telefonkontakte. Zeitungen und Bücher sind nur mit Zustimmung des Therapeuten zu beziehen; zum Teil Fernseh- und Musikverbot; Ausgangsverbot. Je nach Einrichtung sind die Klienten zur Übernahme von Haus- und Küchendiensten verpflichtet. In der sich anschließenden, drei bis vier Monate dauernden Überwachungsphase werden dem Klienten vom Therapeuten zensierte Postund Telefonkontakte erlaubt. Die Therapeuten und/ oder die Gruppe entscheiden, ob, mit wem und wie lange der Klient in dieser Phase Ausgang bzw. ob (und mit wem) er Intimbeziehungen haben darf. Arbeitszwang (Arbeitstherapie), z.B. zur Durchführung von

Haus-, Garten - und/oder Renovierungsarbeiten. Zwang zur Teilnahme an Therapiesitzungen ebenso wie zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten. Erst nach einer ca. sechs bis acht Monate dauernden Isolations- und Introversionsphase werden dem Klienten, je nach seinen Fortschritten im Anpassungs- und Reifungsprozeß (Disziplinierungsgrad), in den noch verbleibenden zehn bis zwölf Monaten Therapie allmählich persönliche Freiheiten und Selbstbestimmung (Briefe und Telefon frei, Besuche, Teilnahme an Schul- und Arbeitsprogrammen etc.) wieder zugestanden.

Im übrigen herrscht innerhalb der Einrichtungen eine streng hierarchisch strukturierte Organisation, an deren Spitze der Leiter und die Therapeuten stehen. Das Machtgefälle innerhalb der Gruppe der Klienten bestimmt sich nach deren Grad der Anpassung an die Eigengesetzlichkeiten der Institution bzw. nach deren jeweiliger Loyalität gegenüber Therapeuten und Einrichtungsleiter. Je anpassungswilliger und loyaler sich der einzelne Klient im Therapieprozeß zeigt, desto eher und umfangreicher erhält er als 'Sanktionsverantwortlicher' Kontroll- und Befehlsgewalt gegenüber den anderen Klienten. Durch die Ernennung von Klienten, beispielsweise zum 'Oberkapo', 'Kapo', 'Unterkapo', wird damit auch die Klientengruppe hierarchisiert und innerhalb der Einrichtungen eine sich häufig selbst verstärkende klienteninterne Überwachung implementiert. Um es noch einmal zu betonen. Dies alles geschieht - kann nur geschehen - unter dem Postulat der 'Freiwilligkeitserklärung' des Klienten, denn würde auf diese verzichtet werden, könnten wahrscheinlich nicht nur einige Therapieeinrichtungen wegen Verstoßes gegen die Persönlichkeitsrechte (Art. 2 GG) bzw. gegen das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel (Art. 20 GG) gerichtlich belangt werden, sondern wäre auch die Vereinnahmung der Drogentherapien durch die Kontrollinstanzen allzu offensichtlich. 211,

Dieser Exkurs zur Praxis der Drogentherapie möge hier ausreichen, um das Zusammenwirken subtiler Behandlungs- und Bestrafungsformen unter dem Deckmantel der Drogentherapie zu veranschaulichen. Unter den geschilderten Voraussetzungen der Isolierung, Überwachung und Disziplinierung (im Sinne einer Persönlichkeits- und Verhaltensänderung) erweist sich die Psychologisierung in der Suchtkrankenversorgung in Gestalt der Drogentherapien somit viel eher als ein Äquivalent zum Strafvollzug statt einer Hilfeleistungsvermittlung, bei der das kurative Element überwiegt. 212) Der gute Ruf medizinischpsychologisch fundierter Therapieverfahren im allgemeinen und der Glaube an Notwendigkeit und Nützlichkeit

der Suchtkrankentherapie im besonderen erlaubt es schließlich den sanktionierenden Ordnungs- und Justizbehörden, ihre (repressiven) Handlungsstrategien gegenüber der Öffentlichkeit zu 'entschärfen' und im Rahmen von Therapie zur Durchsetzung zu bringen. Während sich die Therapeutisierungstendenzen somit in besonderer Weise dazu eignen, die kurativen und sanktionierenden Elemente in der Drogenpolitik miteinander zu verbinden, erweisen sich die Therapieeinrichtungen mitunter als verlängerter Arm von Gerichten- und Ordnungsbehörden. Dies gilt insbesondere für diejenigen stationären Therapieeinrichtungen, die eine staatliche Anerkennung nach §§ 35,36 BTMG anstreben. ²¹³ Die streng reglementierte Ordnung und Interaktionsform innerhalb solcher Einrichtungen dient diesen dabei dazu, sich gegenüber den sanktionierenden Organisationen in ihrer Funktionalität zu beweisen. Je rigider sich die Methoden und die interne Ordnung in den Einrichtungen somit darstellen desto eher werden die Therapie-träger von den Justiz - und Ordnungsbehörden anerkannt bzw. subventioniert und gewinnen sie innerhalb der Makroorganisation an Einfluß. ²¹⁴

Um es noch einmal in die Erinnerung zurückzurufen: Den Ausgangspunkt zu all diesen Überlegungen bildete die Feststellung, daß sich das Professionalisierungsstreben in der Suchtkrankenfürsorge inzwischen primär an psychotherapeutischen Problemlösungstechniken orientiert. Die Therapeutisierungstendenzen erweisen sich dabei nicht nur als überaus praktikable (da erlern-, operationalisier- und administrativ handhabbare) Bearbeitungstechnologien; vielmehr werden die Therapeutisierungstendenzen auch dazu genutzt, die konfligierenden Handlungsorientierungen kontrollierender und caritativer Organisationen innerhalb der Makroorganisation zu einem einheitlichen Ganzen zu integrieren.

Wenngleich somit die Therapeutisierungstendenzen sowohl für das politisch-administrative System als auch für die einzelnen Suchtkrankentherapeuten Handlungsvorteile bewirken und eine intensivere Operationalisierbarkeit der Hilfeleistungsproduktion erlauben, so kann dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß insgesamt gesehen die Entwicklung einseitig zu Lasten der Klienten geht. Abgesehen von der Janusköpfigkeit

mancher Drogentherapien mit Blick auf Art und Inhalt der Hilfeleistungsproduktion, ist es eine unmittelbare Folge der Anwendung psychotherapeutischer Problemlösungstechniken, daß die alltägliche Lebenssituation des Klienten bzw. dessen Problemsyndrom in einzelne, therapeutisch bearbeitbare Probleme zersplittet wird (Problemsegmentation), wobei die Problemakzentuierung in Abhängigkeit von den jeweils zur Anwendung gebrachten Therapieverfahren erfolgt. Dies bedeutet dann aber häufig nichts anderes, als daß - je nachdem auf welche Behandlungstechniken sich der Therapeut gerade spezialisiert hat - die klientenbezogene Problemakzentuierung und -bearbeitung entsprechend der jeweils verwendeten Therapietechnologie differiert. Mit anderen Worten: Die den einzelnen Therapietechniken immanente Klassifikation und Typisierung von Klientenschicksalen bedingt, daß (außergewöhnliche) Problemstellungen, die nicht im Aufmerksamkeitsbereich des jeweiligen Therapieverfahrens liegen, entweder gar nicht oder nicht problemadäquat bearbeitet werden, so daß häufig an den eigentlichen Bedürfnissen der Klienten vorbei therapeutisiert wird. Folge einer solchermaßen verfehlten Hilfeleistungsvermittlung ist dann nicht selten die Eingruppierung des Klienten in den Kreis der 'therapieresistenten' Fälle, wodurch sich für diesen zum Teil erhebliche Schwierigkeiten ergeben, seine Leistungsansprüche gegenüber der Sozialadministration (insbesondere gegenüber den Kostenträgern) durchzusetzen. Abgesehen von diesen gravierenden Auswirkungen, die die einseitige Psychologisierung der Hilfeleistungsproduktion im Einzelfall haben kann, sollte darüber hinaus auch nicht vergessen werden, daß psychotherapeutisch orientierte Behandlungsverfahren im allgemeinen relativ hohe Ansprüche an die Artikulationsfähigkeit des Klientels stellen, derartiges für die Zielgruppe der Drogen- und Rauschmittelkonsumenten aber nicht grundsätzlich unterstellt werden kann.

Kurzum: Die Professionalisierungstendenzen in der Suchtkrankenhilfe bewirken nicht nur den Zerfall eines übergreifenden politischen Handlungsbewußtseins (Entpolitisierung der Drogenpolitik), sondern verhindern eine differenzierte, im Sinne advokatorischer Handlungsorientierung mehrschichtig gestaltete Hilfeleistungsproduktion. Da sich die fürsorge-

risch relevanten Problemstellungen anscheinend nicht sämtlich in den Begriffen der psychologischen Wissenschaft ausdrücken lassen, stellt sich hier einmal mehr die Frage, ob sich nicht mit der Professionalisierung die Hilfeleistungsproduktion immer mehr von den Bedürfnissen der Klienten wegentwickelt hat. Unter den zuvor geschilderten Bedingungen scheint die Professionalisierung in der Suchtkrankenfürsorge jedenfalls eher von administrativer und berufspolitischer Relevanz zu sein, als daß sie der Bedürfnisbefriedigung der Klienten näher kommt.

5.2.2. Standardisierung, Formalisierung und Routinisierung der Leistungsproduktion und bürokratische Kontrolle des professionellen Handelns

Vorbemerkung:

Standardisierung, Formalisierung, Routinisierung und Fremdkontrolle der Leistungsproduktion und -vermittlung kennzeichnen eine bestimmte Ausprägung der Organisations- und Prozeßstruktur, die mit professionellem Handeln im allgemeinen nicht vereinbar ist: zeichnet sich nämlich professionelles Handeln neben der schon erwähnten Systematisierung des Wissens und einer ausgeprägten Sozialorientierung unter anderem durch einen hohen Grad an Handlungsautonomie und kollegialer Kontrolle sowie eine geringe Normierung respektive Routinisierung der Tätigkeiten aus, weisen die oben genannten Strukturdimensionen eher auf eine bürokratische Organisation des Handelns hin. Wenn hier dennoch - im übergeordneten Zusammenhang einer Beschreibung des Professionalisierungsstrebens in der Suchtkrankenarbeit - die Standardisierung, Formalisierung und Routinisierung der Hilfeleistungsproduktion zum Thema gemacht wird, so scheint dies insofern angemessen, als sich im Zuge der Professionalisierung der Suchtkrankenarbeit die Organisations- und Prozeßstruktur in Richtung auf eine Bürokratisierung der Dienstleistungsproduktion und -verwaltung entwickelt hat. Die nachfolgenden Aussagen erfolgen dementsprechend vor dem allgemeinen Hintergrund eines vermeintlichen Widerspruchs zwischen professionell orientiertem Handeln auf der einen und einer eher bürokratisch orientierten Prozeßstruktur auf der anderen Seite. Die Beschreibung der Struktureffekte konzentriert sich dabei insbesondere auf den Aspekt der Bedürfnisbefriedigung der Klienten, wie auch auf den Gesichtspunkt der Planung, Kalkulation und Steuerung der Suchtkrankenversorgung innerhalb der Makroorganisationen. 215.

Um dem möglichen Eindruck einer Wiederholung von bereits zuvor erörterten Fakten vorzubeugen, sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, daß auf einzelne Struktureffekte zwar schon in anderem Zusammenhang der Arbeit punktuell eingegangen wurde; im übergeordneten Kontext der Professionalisierungsdiskussion erfolgen die Erörterungen hier jedoch in der Absicht, die Professionalisierungstendenzen in Beziehung zu setzen mit den relevanten Elementen der Prozeßstruktur, unter deren Bedingungen die qualifizierte Leistungsproduktion und -vermittlung geplant und durchgesetzt wird. 216.

Bereits bei der Darstellung der Implementation der Modellprogramme des Bundes wurde auf den formalen Charakter der Mindestkriterien hingewiesen (vgl.: III.4.1.2. ff). Indem dabei den Trägerverbänden und den Mitarbeitern in den Einrichtungen in Anbindung an die Förderungsauflagen verbindliche Vorgaben zu der organisatorischen, personellen und programmatischen Ausstattung der Beratungs- und Behandlungsstellen gemacht wurden (vgl.: Anhang 9,10), gingen von den Mindestkriterien in vielerlei Hinsicht entscheidende standardisierende Effekte aus. So hatte beispielsweise die Festschreibung organisatorischer und personeller Ausstattungsanforderungen für die Mitarbeiter in den Einrichtungen eine erhebliche Einschränkung ihres Handlungs- und Ermessensspielraumes zur Konsequenz. Insbesondere dadurch, daß mit den Mindestkriterien gleichzeitig auch die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen - durch Vorgabe von Arbeitsinhalten, beruflicher Zusammensetzung der Mitarbeiter, therapeutische Zusatzqualifikation, Dienstplänen, fester Öffnungszeiten- und Sprechzeiten etc. - formalisiert und normiert wurden, ist das Spektrum möglicher psychosozialer Handlungsstrategien so weit vorstrukturiert worden, daß sich für den Suchtkrankentherapeuten die Wahl der Mittel zur Hilfeleistungsproduktion häufig nur noch in Form eines Konditionalprogramms stellt. 217, Anders ausgedrückt: Lassen zum Beispiel die Anamnesedaten eines Klienten vermuten, daß Sozialisationsdefizite dem Drogenmißbrauch als Ursache zugrunde liegen, so scheint die Anwendung eines verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Behandlung angezeigt; Problemstellungen bzw. -lösungen, die dabei in diesem Sinne nicht 'konditional' programmiert sind 218, kommen dementsprechend auch nicht zur Anwendung. In dem Maße, wie dabei die Problembearbeitungsstrategien auf den Einsatz bestimmter Problemlösungstechnologien festgeschrieben werden, reduzieren sich schließlich auch die Chancen für eine problemadäquate und innovative Suchtkrankenhilfe.

Abgesehen von der Einschränkung der Handlungsautonomie der Suchtkrankentherapeuten, im Zusammenhang mit der konditionalen Programmierung der Hilfeleistungsvermittlung, wurde mit der Normierung der Arbeitsbedingungen bundesweit auch eine Nivellierung der Einrichtungen erreicht. Sowohl ambulante

als auch stationäre Einrichtungen unterscheiden sich seither weder hinsichtlich der Ausstattung und der beruflichen Zusammensetzung des Personals noch in bezug auf das konkrete Leistungsangebot (Therapiemanuale, materielle Hilfe etc.). Unter diesen Bedingungen konnte zwar bundesweit ein einheitliches Versorgungsniveau durchgesetzt werden, gleichzeitig wurden damit aber auch die Voraussetzungen geschaffen für eine Konkurrenz zwischen den Einrichtungen. Bei dem Wettbewerb zwischen den Organisationen handelt es sich jedoch nicht um einen Qualitätswettbewerb, sondern der Nachweis über die Anzahl der bearbeiteten Fälle entscheidet über das Fortbestehen der Einrichtungen. Die existenzielle Abhängigkeit der Suchtkrankentherapeuten von Förderungsinstanzen und Einrichtungsträgern auf der einen sowie deren weitgehende ideelle Identifikation mit dem jeweiligen Trägerverband (z.B. Identifikation mit der konfessionell gebundenen Handlungsorientierung eines Trägers) auf der anderen Seite haben schließlich mit dazu beigetragen, daß sich die Konkurrenz der Einrichtungen um Klienten auf die einzelnen Suchtkrankenhelfer verlagert bzw. sich personengebunden innerhalb und zwischen den Einrichtungen manifestiert.

Die Einrichtungen gleichen sich aber nicht nur in ihrem äußeren Erscheinungsbild, sondern mit der Implementation von 'konzeptionellen' Mindeststandards wurde von nahezu sämtlichen Einrichtungen das Modell der Behandlungskette übernommen. 217) Nach diesem Behandlungsverfahren durchläuft der Klient mit Beginn der Kontaktaufnahme zu einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle routinemäßig nacheinander die einzelnen Glieder der Behandlungskette:

Kontaktaufnahme => ambulante Beratung => klinischer Entzug
=> stationäre/ambulante Entwöhnungsbehandlung => Nachsorge.

Der Übergang von einem Behandlungsabschnitt zum nächsten ist dabei so weit formalisiert bzw. die einzelnen Kettenglieder sind institutionell so stark miteinander verflochten, daß beispielsweise ein Einstieg in die Mitte der Behandlungskette - Aufnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung als erste eingeleitete Maßnahme - praktisch unmöglich ist. Weder kann der Klient selbständig, d.h. ohne Vermittlung einer

ambulanten Beratungsstelle bzw. ohne den Nachweis einer bereits durchgeführten (klinischen) Entgiftungsbehandlung, die Aufnahme in eine stationäre Langzeittherapie veranlassen, noch können die Suchtkrankentherapeuten allein unter Berufung auf ihr Fachwissen und von der Sozialadministration ungeprüft den Klienten in eine stationäre Einrichtung einweisen (220).

Um beim Beispiel der Vermittlung in eine stationäre Langzeittherapie zu bleiben: Grundsätzliche Voraussetzung für die Einleitung einer stationären Maßnahme ist die Einholung einer schriftlichen Kostenzusage durch die die Therapie vermittelnde ambulante Einrichtung. Die vom jeweiligen Suchtkrankentherapeuten formlich einzureichende Antragsstellung umfaßt neben dem eigentlichen Antrag auch ein amtsärztliches Gutachten, durch das die Entscheidung des Therapeuten hinsichtlich der Notwendigkeit der Durchführung einer stationären Entwöhnungsmaßnahme von einem 'unparteiischen' Gutachter bestätigt werden soll. Darüber hinaus ist dem Antrag ein 'Sozialbericht' (vgl.: Anhang 13) beizufügen, der von den jeweiligen Suchttherapeuten zu erstellen ist. Außer den sozio-ökonomischen und psychosozialen Grunddaten des Klienten haben darin die Suchttherapeuten Ursachen und Gründe, die zum Zustandekommen ihrer Entscheidungsfindung beigetragen haben, gegenüber dem Kostenträger zu begründen.

Abgesehen von der Bearbeitungsroutine, wie sie unter anderem in den soeben beschriebenen Antrags- und Genehmigungsverfahren zum Ausdruck kommt, wird spätestens mit dem Hinweis auf den Sozialbericht deutlich, daß auch die Entscheidungsfindung des (professionalisierten) Suchtkrankentherapeuten ständig einer bürokratischen Kontrolle unterzogen wird. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Tatsache, daß die endgültige Entscheidungsfindung, d.h. die Bewilligung bzw. Ablehnung des Antrags und/oder die modifizierte Kostenzusage, in der Regel durch Verwaltungsfachkräfte (Sachbearbeiter) erfolgt. Diese verfügen weder über das notwendige (psychosoziale) Fachwissen, das der Antragstellung des Suchttherapeuten zugrunde liegt und erst dessen adäquate Beurteilung erlaubt, noch stehen die Sachbearbeiter in den Verwaltungen in direktem Kontakt mit der Klientel. Mit anderen Worten: Trotz

einer entsprechenden beruflichen Qualifikation können die Suchttherapeuten ihre Entscheidungen nicht ohne die ausdrückliche Genehmigung der kontrollierenden Leistungsverwaltung durchsetzen. Indem sich die Suchtkrankentherapeuten bei der Ausgestaltung ihrer Arbeit dabei häufig auch anderen, nicht therapeutisch orientierten Entscheidungskriterien beugen müssen (z.B. den gerichtlichen Therapieauflagen oder dem Kosten-Nutzen-Kalkül der Kostenträger bei der Auswahl der Therapieeinrichtungen, vgl.: III.3.2.3, 3.3, 5.2.1.), wird ihr professionelles Handeln von der Sozialadministration unterlaufen.

Schließlich werden während des gesamten Beratungs- und Behandlungsprozesses von sämtlichen in der Behandlungskette mitwirkenden Organisationen Klientendaten, Therapienotizen, Behördenkontakte sowie sonstige, auf den Klienten bezogene Mitteilungen zwischen den beteiligten Institutionen aktenmäßig festgehalten und dokumentiert. Die Dokumentationsaufgaben genügen dabei aber nicht nur den Interessen der Sozialadministration, sondern vielmehr auch dem professionellen Interesse der Suchtkrankenhelfer. In der Erhebung von Anamnese-, Katamnese- und Testdaten sowie der wissenschaftlichen Aufbereitung des Datenmaterials sehen diese sowohl eine Möglichkeit, ihr Wissen im Suchtbereich zu erweitern als auch die Chance, Notwendigkeit und Nützlichkeit ihrer Hilfeleistungsproduktion empirisch zu belegen. So widersprüchlich es sich somit zunächst auch anhören mag: Die Möglichkeiten zur bürokratischen Erfassung und Kontrolle von Klienten- und Therapiedaten wurden erst im Zusammenhang mit den Professionalisierungstendenzen in der Suchtkrankenhilfe geschaffen. Indem sich die Suchtkrankenhelfer selbst verstärkt darum bemühten, mit Hilfe einer strukturierten und detaillierten Anamnese- und Katamneseforschung ihr Wissen zu systematisieren und ihr Handeln zu legitimieren, haben sie dazu beigetragen, ein standardisiertes und routinemäßig anwendbares Kontroll- und Bewertungsschema zu entwickeln. In seiner praktischen Ausgestaltung gestattet dieses Schema nicht nur den Fachkollegen eine (wissenschaftliche) Auseinandersetzung und Beurteilung der Beratungs- und Behandlungspraxis, sondern es ermöglicht vielmehr auch der Sozialadministration, die Hilfeleistungsproduktion nach Umfang und

konzeptioneller Ausgestaltung (sozialpolitische Adäquanz) zu planen und zu steuern sowie Leistungsansprüche der Klientel zu quantifizieren bzw. zu justifizieren. Darüber hinaus gestattet die aktenmäßige Erfassung des Beratungs- und Behandlungsverlaufs, daß der Problembearbeitungsprozeß unter dem Aspekt der 'Leistungsfähigkeit' bzw. der (politisch-) konzeptionellen Indoktrination der Suchttherapeuten sowie, mit Blick auf die Rehabilitationserfolge der Klientel, administrativ rekonstruiert und kontrolliert werden kann.

Die Anlage der Klientenakte erfolgt in der Regel beim zweiten Kontakt des Klienten mit einer ambulanten Beratungsstelle. Neben den allgemeinen sozioökonomischen Daten (vgl. hierzu: z.B. EBIS-Karteikarte, Anhang 9) werden sowohl zur Erstellung des Behandlungsplans wie zur Abfassung des Sozialberichts an die Kostenträger psychosoziale Grunddaten des Klienten erfragt und für die Anamnese (bzw. Katamnese) erhoben. Dabei scheint sich inzwischen der Prozeß der Informationsgewinnung und aktenmäßigen Erfassung der Klienten- und Therapiedaten so weit routinisiert und verselbständigt zu haben, daß die Datenerfassung häufig die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Klienten dominiert und das Aufkommen eines 'therapeutischen Klimas' verhindert. Indem der Therapeut somit dazu beiträgt, in (teil-) standardisierter Form Klientendaten zu erheben und administrativ aufzubereiten, leistet er schließlich weniger therapeutische Einzelfallhilfe, als daß er vielmehr therapierelevante Entscheidungsgroßen in administrativ kontrollierbare Daten übersetzt und damit gleichzeitig sein eigenes professionelles Handeln einer bürokratischen Kontrolle zugänglich macht. Die formalisierten und auch regelmäßig durchgeführten 'Supervisionseminare' - Ausdruck kollegialer Expertenkontrolle - erscheinen vor diesem Hintergrund nur noch als ein Relikt des Professionalisierungsstrebens, an dem die professionsbemühten Suchtkrankenhelfer zwar nach wie vor unvermindert festzuhalten scheinen, deren Bedeutung innerhalb der sich bürokratisierenden Leistungsverwaltung aber gering ist.

Der Prozeß der Informationssammlung ist schließlich innerhalb der und zwischen den beteiligten Organisationen nicht nur formalisiert, sondern die Datengewinnung und -vermitt-

lung wird unter Anwendung von Formblattprozeduren auch routinemäßig durchgeführt. Auf der einen Seite garantiert die Verwendung von Formblättern zur Erfassung der Klientendaten zwar deren formale Gleichbehandlung; auf der anderen Seite ist aber der sich aus den Formblattabfragen ergebende Katalog (professionell) interessierender und entscheidungsrelevanter Informationen so stark standardisiert, daß hierdurch nur noch die, mit den jeweiligen statistischen Kategorien erfaßbaren Problemstellungen ermittelt und administrativ bzw. therapeutisch bearbeitet werden können. Anders ausgedrückt: Insoweit im Rahmen der formalisierten Datengewinnung nur noch bestimmte (ausgewählte) Probleme 'geortet' werden, wird der Hilfebedarf, d.h. die Leistungsnachfrage der Klienten normiert. Ein fallweises, die individuellen Problemkonstellationen jeweils mit berücksichtigendes Austaxieren der Klientenbedürfnisse wird unter diesen Bedingungen verhindert. Damit ergibt sich zwar implizit eine verbesserte administrative Plan- und Steuerbarkeit des Leistungsangebotes, gleichzeitig bedingt dies aber eine erhebliche Fremdbestimmung und Entmündigung sowohl der Therapeuten als auch der Klienten. 221,

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich die Professionalisierungstendenzen im Suchtkrankenbereich insgesamt gesehen nicht durchsetzen konnten und von einer eher bürokratisch organisierten Leistungsverwaltung eingeholt worden sind. Insbesondere die nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführte Informationssammlung hat mit dazu beigetragen, die Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung nach bürokratischem Muster zu organisieren und zu kontrollieren. In dem Maße, wie es dabei der empirischen Drogenforschung gelang, die individuelle Drogenproblematik eines jeden Klienten zu kategorisieren, konnten schließlich der Bedarf bzw. das Leistungsangebot normiert und mithin die Leistungsansprüche der Klientel quantifiziert und verrechtlicht werden. Dies erweist sich insofern als von Bedeutung, als damit das Leistungsangebot planbar und im Sinne von Kosten-Nutzen-Überlegungen entscheidbar wurde. Weder werden aber das Klientel noch das therapeutisch tätige Personal an den Planungs- und Entscheidungsprozessen der Leistungsverwaltung beteiligt. Bedingt die so erreichte politisch-administrative Handhab-

barkeit für die Klientel eine (willkürliche) Segmentierung des Problemsyndroms, so sind die Bürokratisierungstendenzen für die Suchtkrankenhelfer mit einer erheblichen Einschränkung und Fremdkontrolle ihres Handlungs- und Entscheidungsspielraumes bzw. mit einer Unterordnung unter eine - nicht an psychotherapeutischen Handlungsmaximen ausgerichtete - bürokratisch organisierte Sozialadministration verbunden.

IV. Wirkungszusammenhänge aus der Formalstruktur des Makrosystems mit Blick auf die Zweckdienlichkeit des Systems

Vorbemerkung: Zur Zweckdienlichkeit der Organisation in der Drogenpolitik - Hilfestellung oder Hypothek ?

Bevor nun abschließend eine Abschätzung der Problemlösungseffekte der Organisation in der Drogenpolitik versucht werden soll, scheint es angebracht, mit einigen Hinweisen noch einmal an die inhaltlichen und methodischen Ausgangsüberlegungen zu erinnern, in deren Kontext die nachfolgenden Überlegungen stehen und zu interpretieren sind.

Den Ausgangspunkt für alle bisherigen Ausführungen lieferte die Frage, ob die Organisation in der Drogenpolitik der politisch-administrativen Bearbeitung des Drogenproblems zweckdienlich ist, also 'Hilfestellung' leistet, oder ob die Organisation die Problembearbeitung eher behindert und damit die Aussichten auf eine Problemlösung mit einer Art 'Hypothek' belegt. Der multiorganisatorische Aufbau des drogenpolitischen Handlungsfeldes erlaubte es nicht, die Organisationsanalyse auf die isolierte Betrachtung einzelner Organisationen zu beziehen, da für ein Abschätzen der Wirkungseffekte der Makroorganisation insbesondere die Funktionsprinzipien interorganisatorischer Zusammenarbeit, die Kontingenzen der Leistungserstellung sowie die Anpassung der Organisation an die Umwelt von besonderer Bedeutung sind.

Als ein modelltheoretischer Rahmen, mit Hilfe dessen die Vielzahl der zur Problembearbeitung beitragenden Organisationen gleichzeitig und in ihrem Zusammenspiel in der Organisationsanalyse berücksichtigt werden konnten, bot sich das Konzept des organisatorischen Makrosystems an. Es anerkennt die rechtliche Selbständigkeit der am Problembearbeitungsprozeß beteiligten Organisationen und berücksichtigt darüber hinaus, daß diese keine zielorientierte, integrierte Einheit bilden. Allein die Zusammenarbeit an einer Aufgabe stellt den die einzelnen Organisationen miteinander verbindenden Sachverhalt dar. Zur Rekonstruktion des multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses wurde somit auf ein systemtheoretisch angeleitetes Analyseschema zurückgegriffen. Dies insbesondere aber auch deswegen, weil es mit Blick auf die Realisierung des Systemzweckes erlaubt, die Makroorganisation unter den Aspekten von Gleichgewicht, Stabilität und Integration sowie hinsichtlich der Bedürfnisbefriedigung der Klientel zu analysieren. Der systemtheoretischen Betrachtung

tungsweise folgend, wirken auf das organisatorische Makrosystem unabhängige Variable als Inputgrößen ein, die dann in einer Art 'Umwandlungsprozeß' gesteuert und bearbeitet werden und schließlich in der Form abhängiger Variablen als Systeminputs wieder auf das System zurückwirken.

Als Systeminput, der in diesem Sinne auf das organisatorische Makrosystem der Drogenpolitik einwirkt, wurde in der vorausgegangenen Organisationsanalyse - ausgehend von der Definition des Drogen- und Rauschmittelsproblems, der Darstellung der Akteursstrukturen und der organisationspezifischen Handlungsinteressen, den Hinweisen auf die rechtlichen Rahmenbedingungen des Handelns sowie der Beschreibung der drogenpolitischen Handlungsprogramme - die formale Makroorganisationsstruktur identifiziert und beschrieben. Der Prozeß der Umwandlung des Systeminputs in abhängige Outputgrößen, bei Durchlaufen der Organisations- und Prozeßstruktur, konnte schließlich im Kontext der Beschreibung des Funktionierens von Kommunikation, Kooperation und Kontrolle sowie mit Hinweisen zur Arbeitsteilung, Problemsegmentation und zu bürokratischen und professionellen Struktureffekten in Ansätzen nachgezeichnet werden. Inwieweit diese Organisationsbedingungen letztendlich mit dazu beitragen, die im Handlungsprogramm festgelegten Organisationszwecke tatsächlich auch zu erreichen, kann nur durch die Spezifizierung der Outputvariablen nach einer Bezugsgröße bzw. nach der jeweiligen Wirkungsrichtung der Organisationsergebnisse präzise eingeschätzt werden. Nachfolgend sollen nun die Outputgrößen mit Blick auf ihre Zweckdienlichkeit aus drei verschiedenen Analyseperspektiven thematisiert werden:

- nach den Leistungen der Akteure hinsichtlich der politisch-administrativen Handhabung und Gestaltung der Drogenpolitik (Output);
- nach den (Folge-) Wirkungen des multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses hinsichtlich der Realisierung der Leistungsansprüche der Klientel (Impact);
- sowie nach den Auswirkungen der Organisation hinsichtlich der Problemlösungskapazität und Effektivität des Makrosystems (Outcome).

Dabei wird zunächst auf diejenigen Organisationsergebnisse Bezug genommen werden, die sich eindeutig den Aktivitäten bzw. Leistungen der Handlungsakteure zurechnen lassen (Outputs), wie z.B.: die Ausgestaltung und Durchsetzung der Handlungsprogramme, die Auslegung von Handlungsspielräumen, die Steuerungsleistung, die Bürokratisierung des Problembearbeitungsprozesses etc. Zur Abschätzung der Zweckdienlichkeit der Organisation für die Handlungsakteure werden die

Problemlösungseffekte auf die Handlungsinteressen und -orientierungen dieser Gruppe bezogen. In einem weiteren Schritt sollen dann die Organisationsergebnisse mit Blick auf die Wirkungen für die Klientel spezifiziert werden (Impacts); die Problemadäquanz der Hilfeleistungsproduktion, die Bedürfnisbefriedigung der Klienten, deren Partizipation am Problembearbeitungsprozeß bzw. deren Vereinnahmung durch die Organisation werden dabei bezogen auf deren Erwartungshaltung und Bedürfnisstruktur. Zu guter Letzt werden die Organisationsergebnisse unter dem Aspekt der Problemlösungskapazität des Systems schließlich noch zusammengefaßt und in ihren Auswirkungen für das gesellschaftliche Gesamtsystem (Outcome) beurteilt. Dazu werden die Organisationsergebnisse an der Problemund Zieldefinition des Handlungsprogramms bzw. an den gesamtgesellschaftlichen Anforderungen, Bedingungen und Notwendigkeiten einer Drogenpolitik festgemacht.

1. Zur politisch-administrativen Handhabung der Drogenpolitik (Output)

1.1. "Verstaatlichung" und Institutionalisierung der Drogenpolitik innerhalb der Sozialadministration

Die anfänglichen Unsicherheiten im Umgang mit dem Drogen- und Rauschmittelproblem scheinen endgültig der Vergangenheit anzugehören. Die Ergebnisse der Organisationsanalyse machen hinreichend deutlich, daß das Drogenproblem sowohl politisch als auch administrativ in den Griff bekommen wurde, und lassen den Schluß zu, daß sich im Kontext des Problembearbeitungsprozesses innerhalb der Sozialadministration eine auf das Suchtproblem spezialisierte und institutionalisierte Teiladministration herausgebildet hat. Die grundlegende Bedeutung, die in diesem Zusammenhang den Modellprogrammen - insbesondere dem 'Großmodell' und dem PSAP - zukommt, ist offensichtlich. Ihnen ist es zuzuschreiben, daß sich das komplexe Problem inzwischen administrativ handhabbar gestaltet, indem nämlich der Problembearbeitungsprozeß formalisiert und an rechtliche Problemdefinitionen angepaßt werden konnte und auch die konkrete Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung weitgehend standardisierten Vorgaben folgt; zahlreiche Organisations- und Verfahrensvorschriften erlauben dabei eine jeweils auf den Einzelfall bezogene routinemäßige Abwicklung von Hilfeleistungsansprüchen (vgl.: III.5.2.2.).

Was im Einzelfall als konkrete Hilfe angeboten wird, entscheiden in der Regel die Suchtkrankenhelfer in den ambulanten und stationären Einrichtungen. Es würde der Praxis der Suchtkrankenhilfe nicht gerecht werden, wenn hier durch eine rigide Interpretation der Ergebnisse der Organisationsanalyse behauptet würde, daß das Handeln der Akteure im Hilfevermittlungsprozeß im Zuge der Modellprogramme und Professionalisierungstendenzen bis ins Detail reglementiert worden wäre. Die Ergebnisse der Organisationsanalyse machen aber unmißverständlich deutlich, daß die Handlungsautonomie der Dienstleistungsproduzenten im Rahmen von Mindestkriterien und Anerkennungsvoraussetzungen sukzessive eingeschränkt und einer einheitlichen Problemdefinition und Bearbeitungsstrategie angepaßt wurde. Die eingeschränkte Handlungsautonomie

der Einrichtungen vor Ort und ihrer Trägerverbände dürfte dabei Ausdruck einer zunehmenden 'Staatsbestimmtheit' der Drogenpolitik sein. Der 'Verstaatlichung' der Drogenpolitik kommt hier insofern eine besondere Bedeutung zu, als der föderative Verwaltungsaufbau und die uneingeschränkte Anwendung des Subsidiaritätsprinzips eine extreme Dezentralisation der Drogenpolitik hätten erwarten lassen. In dem Maße, aber wie im Rahmen der Modellprogramme die Trägerverbände Freier Wohlfahrtspflege sowie kommunale Einrichtungsträger mit Hilfe finanzieller Zweckzuweisungen und Förderungsaufträgen vom Bund an die 'goldenen' Zügel gelegt wurden, gewann dieser über die diversen Trägerverbände Einfluß auf die Arbeitsbedingungen und -inhalte der Einrichtungen vor Ort. Mit jeder Anhebung der Auflagen zur Mindestausstattung der Einrichtungen (z.B. Personalausstattung) wurden die Trägerverbände in immer stärkerem Ausmaß von der Bundes- bzw. Länderförderung abhängig und zur Übernahme staatlicher Problemlösungskonzepte veranlaßt. „Wenngleich sich dadurch auch der Eindruck aufdrängen mag, daß die Modellprogramme über ihren innovativen Charakter hinaus auch insofern 'politische Methode' zeigen, als würden die Freien Trägerverbände so Zug um Zug aus der staatlichen Drogenpolitik 'herausmanövriert' werden, so dürfte dies nicht im Interesse des Bundes liegen. Im Gegenteil zeigt sich der Bund mindestens ebenso abhängig von den Trägerverbänden, wie die Trägerverbände umgekehrt abhängig sind von den öffentlichen Subventionen. Zum einen verfügen nämlich die Trägerverbände über (kurzfristig von der öffentlichen Hand) kaum zu ersetzende personelle und bauliche Ressourcen zur Leistungsproduktion, zum anderen genießen die Verbände Freier Wohlfahrtspflege im Gegensatz zu den behördlichen Trägern ein primär caritatives Image, was es ihnen erleichtert, die regulierenden und kontrollierenden Handlungsstrategien des Bundes unter weit weniger konfliktträchtigen Rahmenbedingungen durchzusetzen. Somit bleibt der Bund mindestens ebenso auf die Mitwirkung der Freien Trägerverbände angewiesen wie diese auf die Modell- bzw. Regelförderung ihrer Einrichtungen.

Trotz dieser Interdependenzen scheinen die Trägerverbände aber nicht in dem Maße an der Politikformulierung zu partizipieren, wie dies ihre Beteiligung am Problembearbeitungs-

prozeß erwarten lassen würde. Ihr begrenzter Einfluß scheint dabei weniger auf mangelnden politischen Einflußchancen als vielmehr auf der Tatsache zu beruhen, daß die Trägerverbände sich infolge ihrer gegenseitigen Konkurrenz um Klienten und Ressourcen dem wachsenden Einfluß des Bundes nicht solidarisch entgegenstellen können. Die Organisationsanalyse vermittelt so denn auch den Eindruck, daß sich das Handeln der Verbände im wesentlichen darauf konzentriert, durch Problemsegmentation und Aufgabenverteilung das Handlungsfeld untereinander aufzuteilen, d.h. 'Marktanteile' zu gewinnen und zu sichern (vgl.: III.2.1.3.3.). Unter den Bedingungen der Konkurrenz dürfte sich aber eine (nicht nur) auf die Polarisierung staatlicher und verbandlicher Interessen gerichtete Kooperation und Koordination der Verbände als schwierig erweisen, so daß infolge der konkurrenzbedingten nicht kompatiblen interorganisatorischen Beziehungsstrukturen die Partizipation der Trägerverbände an der Politikformulierung behindert sein dürfte. Ganz offensichtlich dokumentiert sich dieser Sachverhalt beispielsweise in der Vertretung Freier Trägerverbände im StAKD, der zentralen und politikentscheidenden Instanz: Die Verbände treten hier den behördlichen Vertretern nicht geschlossen durch ihren Dachverband, der DHS, gegenüber, sondern vielmehr ist jeder Verband in der Person seines geschäftsführenden Referenten im StAKD vertreten und bemüht sich hier um die Durchsetzung organisationspezifischer Interessen (vgl.: III.4.1.1.). Eine solchermaßen 'gespaltene' Interessenvertretung ermöglicht es so dem Bund nicht nur, seine dominierende Position innerhalb des Politikformulierungsprozesses auszuspielen; vielmehr erfordern die konkurrenzbelasteten, konfligierenden Handlungsstrategien der Verbände geradezu eine koordinierende Einflußnahme des Bundes.

Den im Zusammenhang mit der Aufgabenverteilung und Problemsegmentation induzierten Interdependenzen des Dienstleistungsprozesses dürfte es schließlich zuzuschreiben sein, daß trotz der vielfach nicht kompatiblen interorganisatorischen Beziehungsstrukturen eine auf den Systemzweck (Eindämmung und Verhütung des Drogenmißbrauchs) hin gerichtete Zusammenarbeit der Organisationen möglich wird. In dem Maße, wie sich nämlich die einzelnen Organisationen auf die Bear-

beutung jeweils eines Problemsegments spezialisieren, werden sie nicht nur in der Ausführung der Dienstleistungsproduktion, sondern auch in ihren Bestandserhaltungsinteressen wechselseitig voneinander abhängig und - auf den Systemzweck gerichtet - zur Koordination und Kooperation gezwungen. Dies um so mehr, als schon das 'Ausbrechen' einer einzigen Organisation aus dem interorganisatorischen Beziehungsgeflecht ausreichen dürfte, um den Problembearbeitungsprozeß innerhalb der Makroorganisation erheblich zu stören bzw. sämtliche am Problembearbeitungsprozeß beteiligten Organisationen in ihren Bestandserhaltungsinteressen zu gefährden. Das nachfolgende (fingierte) Beispiel möge diesen Sachverhalt illustrieren:

Ausgegangen von der Vorstellung, die Gerichte würden, aus Gründen der Arbeitsüberlastung, bei der (nach §29 Abs. 3, Satz 2 BTMG) urteilsentscheidenden Definition des Besitzes einer für den Eigenbedarf bestimmten 'geringen Menge' an Drogen zukünftig weniger restriktiv als bisher vorgehen, so müßten längerfristig nicht nur die Drogenabteilungen in den Justizvollzugsanstalten und Maßregelvollzügen mit 'Belegungsproblemen' fertig werden. Das unkoordinierte 'Aussteigen' der Gerichte aus dem interorganisatorischen Arrangement hätte darüber hinaus auch zur Folge, daß im Zuge der 'ge-lockerten' Rechtsprechung die Strafverfolgungsbehörden, also Polizei und Gerichte, den ambulanten Einrichtungen weniger Klienten 'zuarbeiten' könnten, diese nicht mehr ausreichend Klienten in eine Langzeittherapie vermitteln würden und somit schließlich auch eine ganze Reihe stationärer Therapieeinrichtungen gezwungen wäre, ihre Tore zu schließen; ganz abgesehen davon, daß auch die Kostenträger veranlaßt wären, ihre Belegungsgarantie einzulösen, und/oder die privaten Therapieträger nicht nur in ihrer 'Therapieexistenz' bedroht wären, sondern auch in ihren branchenfremden Zulieferfirmen die Konsequenzen eines solchen 'Aussteigens' (nur) einer Organisation zu spüren bekämen.

Ohne hier die Kette denkbarer Folgewirkungen des unkoordinierten Aussteigens einer Organisation aus dem interorganisatorischen Beziehungsgeflecht fortzusetzen, wird an diesem (fingierten) Beispiel hinreichend deutlich, daß die der Makroorganisation zuzurechnenden Organisationen trotz - oder gerade wegen - ihrer Konkurrenzbeziehungen sämtlich aufeinander angewiesen sind. Vor dem Hintergrund einer solchermaßen interdependenten Struktur der Makroorganisation er-

klärt sich dann schließlich auch das auf allen politischen Ebenen ausgeprägte Bemühen der Organisationsmitglieder um Koordination und Kooperation der Dienstleistungsproduktion. Darüber hinaus dürfte auch deutlich geworden sein, daß nicht nur die eingangs erwähnte 'Drogenbürokratie' einer am Einzelfall orientierten Problembearbeitung zweckdienlich ist, sondern vielmehr die zahlreichen Organisations- und Verfahrensvorschriften die Organisationen zwingen, sich in ihren interorganisatorischen Beziehungsstrukturen auch administrativ anzupassen.

Die Makroorganisation erweist sich somit als eine auf die Bearbeitung des Drogen- und Rauschmittelproblems hin gerichtete notwendig integrierte Einheit. Die Bestandserhaltungsinteressen der beteiligten Organisationen unterstellt, zwingen die interorganisatorischen Abhängigkeiten die beteiligten Organisationen zur Koordination und Kooperation, so daß mit der Sicherung des interorganisatorischen Arrangements zugleich auch die Voraussetzungen für eine Institutionalisierung des makroorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses geschaffen wurden, an dessen konzeptioneller Ausgestaltung der Bund bzw. das BMJFG, im Zuge der 'Verstaatlichung' der Drogenpolitik, maßgeblich beteiligt ist.

1.2. Anpassungsflexibilität und Stabilität der Dienstleistungsorganisationen

Wie die Organisationsanalyse beinahe durchgehend gezeigt hat, erweist sich die Organisation in der Drogenpolitik trotz der erheblichen Regelungstiefe als ein - in bezug auf veränderte Umweltgrößen - überaus anpassungsfähiges System, das eine ganze Reihe von Anpassungsstrategien hervorgebracht hat, mit Hilfe derer Umweltereignisse auf den offiziellen Systemzweck (Eindämmung und Verhütung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs) hin eingeregelt werden können. Um diese Behauptung mit einigen Beispielen aus der Organisationsanalyse zu belegen, seien nachfolgend noch einmal drei der Anpassungsstrategien explizit hervorgehoben:

Anpassungsstrategie: Ausweitung der Problemdefinition

Nachdem abzusehen war, daß sich der illegale Drogenkonsum Jugendlicher nicht wie erwartet epidemieartig ausbreiten würde (zeitweilig war eine Ausbreitung des illegalen Drogenproblems auf mehr als hunderttausend Jugendliche prognostiziert worden ²); seit Jahren hat sich aber die Zahl illegaler Drogenabhängiger auf bundesweit ca. 50.000 bis 60.000 Personen eingependelt ³), wurde zusätzlich der Alkoholkonsum Jugendlicher in die Problemdefinition aufgenommen. Als sich auch die Vermutung einer zunehmenden Verjüngung der illegalen Drogen- und Alkoholkonsumenten nicht zu bestätigen schien (man rechnete damit, daß immer mehr Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 20 Jahren von der Rauschgiftwelle erfaßt würden ⁴), tatsächlich liegt das durchschnittliche Konsumentenalter derzeit bei ca. 30-40 Jahren ⁵), wurde schließlich auch die Altersbegrenzung in der Problemdefinition sukzessive aufgehoben, so daß in der Folge nur noch ganz allgemein von dem Drogen- und Alkoholproblem die Rede war. Ohne daß im Rahmen dieser Ausführungen eine positive Korrelation zwischen der Ausweitung der Beratungs- und Behandlungskapazitäten auf der einen, einer zunehmenden Diskussion des Medikamentenkonsums, des pathologischen Glücksspiels und des abnormen Eßverhaltens auf der anderen Seite nachgewiesen werden kann, drängt sich hier - insbesondere auch mit Blick auf die im Rahmen der Sekundärprävention eingeleitete 'Fährtenuche' - der Eindruck einer angebotsinduzierten Nachfragesteuerung (Problemdefinition) auf. Wäre die Drogenpolitik trotz der Veränderungen in der Problemkonstellation allein auf die Eindämmung und Verhütung des illegalen Drogenkonsums Jugendlicher festgeschrieben worden,

hätte sich die Drogenpolitik bzw. der Problembearbeitungsprozeß innerhalb der Makroorganisation wahrscheinlich selbst erledigt. So aber hat sich die Ausweitung der Problemdefinition - von dem stoffgebundenen Drogen- und Rauschmittelkonsum zur stoffungebundenen Suchtproblematik - ein weites Aufgaben- und Handlungsfeld erschlossen, aus dem heraus ein erhebliches Klientenpotential rekrutiert werden kann.

Anpassungsstrategie: Generalisierung des Problembearbeitungsprozesses

Mit der Ausweitung der Problemdefinition auf der einen, der Individualisierung der Verursachungsfaktoren auf der anderen Seite wurde es schließlich auch notwendig, den Problembearbeitungsprozeß methodisch an einem nicht weiter spezifizierten psychosozialen Erklärungsansatz zu orientieren. Wie sonst - wenn nicht im Rahmen einer Psychologisierung der Suchtgenese - hätte es gegenüber der Öffentlichkeit gerechtfertigt werden können, daß die individuell unterschiedlichen Erscheinungsformen süchtigen Verhaltens hinsichtlich der Problembearbeitung zusammengefaßt werden. Das Ineinandergreifen von Problemausweitung und der Psychologisierung des Behandlungsprozesses findet dabei seinen unmittelbaren Ausdruck in der Umbenennung 'ambulanter Drogen- und Alkoholberatungsstellen' in 'Psychosoziale Beratungs- und Behandlungseinrichtungen'.

Schließlich kann in diesem Zusammenhang auch nicht unerwähnt bleiben, daß mit der Problemausweitung und Psychologisierung auch andere als die bisher üblichen Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Pädagogen, Psychologen) innerhalb der Drogenpolitik Fuß zu fassen versuchten. Insbesondere die medizinisch (psycho-) therapeutisch ausgebildeten Berufsgruppen wie Neurologen, klinische Psychologen und Psychiater übten Zweifel an der fachlichen und therapeutischen Kompetenz der traditionellen Berufsgruppen, so daß sich diese vor die Alternative gestellt sahen: Entweder qualifizierten sie sich selbst im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen therapeutisch weiter, oder sie ermöglichten auch anderen Berufsgruppen den Zugang in den Suchtkrankenbereich. Wie letztendlich diese Wahl und mit welchen Konsequenzen für den Problembearbeitungsprozeß entschieden wurde, ist bekannt. Erwähnenswert bleibt hier lediglich noch, daß auch die therapeutischen Qualifikationen so 'multifunktional' gestaltet sind, daß sie, je nach Bedarf, auch bei einer Akzentverschiebung der Problemdefinition zur Anwendung gebracht werden können.

Anpassungsstrategie: Änderung der Therapiekonzeption

Ein weiterer Hinweis auf die Anpassungsflexibilität innerhalb der Makroorganisation ist schließlich auch einer Entwicklung im Therapiebereich zu entnehmen, die darauf fußt, daß im Gefolge einer zunehmenden Privatisierung stationärer Therapieeinrichtungen Überkapazitäten in diesem Leistungsbereich geschaffen wurden. Dem bisherigen Problem- und Therapieverständnis folgend, waren die Einrichtungen lange Zeit auf eine bestimmte - nach den verwendeten Drogensubstanzen unterschiedene - Klientel spezialisiert. Je nachdem, welche Klientel in einer Einrichtung behandelt wurde, waren die von den Kostenträgern anzuerkennenden Therapiekonzeptionen entsprechend zu spezifizieren. Dabei war es ein ungeschriebenes Gesetz, daß (illegale) Drogenabhängige keinesfalls mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen gemeinsam untergebracht und behandelt werden sollten bzw. auch für die beiden letztgenannten Klientengruppen eine gemeinsame Unterbringung und Behandlung für nur bedingt zweckmäßig erachtet wurde. Die therapeutischen Einrichtungen erhielten von den Kostenträgern dementsprechend nur die Anerkennung für die Behandlung einer Klientengruppe zuerkannt. Vor dem Hintergrund der bereits erwähnten Überkapazitäten im Therapiebereich stellt sich aber nunmehr für viele Therapieträger das Problem, daß ihre Einrichtungen nicht mehr ausgelastet sind, Gewinnerwartungen nicht mehr erfüllt werden, oder sogar der Fortbestand der Einrichtungen gefährdet ist. Um die Bestandsgefährdung abzuwenden, bemühen sich die Therapieträger inzwischen verstärkt um eine 'Entspezialisierung' ihrer Einrichtung bzw. darum, von den Kostenträgern als eine Therapiestätte anerkannt zu werden, die sowohl (illegale) Drogenkonsumenten als auch Alkohol- und Medikamentenabhängige gemeinsam aufnehmen und therapeutisch betreuen kann. Innerhalb der Makroorganisation läßt sich so denn auch eine Tendenz ausmachen, nach der die (alten) spezialisierten Therapiekonzepte als nicht mehr angemessen und überholt abqualifiziert werden, während 'multimodale' Therapiekonzeptionen entwickelt werden, die nicht selten eine gemeinsame Unterbringung und Behandlung der Klienten geradezu fordern.

Ähnliches läßt sich auch für den früher häufig praktizierten 'Therapietourismus' (illegal) Drogenabhängiger beobachten. War es bislang eine therapeutische Voraussetzung, daß nur solche Drogenabhängige in einer Einrichtung gemeinsam untergebracht und behandelt werden konnten, die sich von der Szene her nicht untereinander kannten, also beispielsweise Drogenabhängige der Münchener Szene in Therapieeinrichtungen in Hamburg, Hessen etc. vermittelt wurden, so gilt auch diese 'Therapieweisheit' inzwischen als überholt. Ursache dafür scheint aber weniger eine Falsifikation dieses Therapiekonzeptes als vielmehr die Konsequenz einer - von den

Rehabilitationsträgern kostenmäßig begründeten - Regionalisierung der Therapiezuweisungen zu sein.

Wenngleich der Organisationsanalyse auch noch zahlreiche andere Hinweise zur Anpassungsflexibilität der Organisationen in der Drogenpolitik zu entnehmen sind, mögen die obigen drei Beispiele ausreichen, die 'Einregelung' veränderter Umweltdaten auf den Systemzweck hin zu illustrieren. Bevor es überhaupt zur Ausgestaltung und Durchführung solcher oder vergleichbarer anderer Anpassungsstrategien kommt, müssen die systemrelevanten Umweltereignisse von der Organisation jedoch erst einmal als mögliche Störfaktoren identifiziert und in ihren Folgewirkungen für das System abgeschätzt werden. Mit dem Basisdokumentationssystem 'EBIS' verfügt das Makroorganisationssystem über ein entsprechend ausgerüstetes 'Frühwarnsystem'. Umweltveränderungen, die die wichtigsten Problem- bzw. Problembearbeitungskategorien betreffen, können mit Hilfe dieses bundesweit eingesetzten Informationssystems rechtzeitig erkannt und die verursachenden Störfaktoren lokalisiert werden, so daß notwendig werdende systemerhaltende strukturelle Anpassungen relativ frühzeitig eingeleitet werden können. Die Quantifizierung der Veränderung von Umweltdaten auf der einen, die Möglichkeit, durch Hinzufügung oder Auslassens von statistischen Kategorien der Problemkonstellation ein bestimmtes 'Aussehen' zu verleihen, auf der anderen Seite erweist sich dabei auch als ein geeignetes Mittel, Anpassungsstrategien, wie zum Beispiel die Ausweitung der Problemdefinition, Änderung der Therapiekonzeption etc., gegenüber der Öffentlichkeit zu begründen.

Neben der EBIS-Statistik stellen insbesondere die informellen persönlichen Kontakte zwischen den Akteuren sowie die zahlreichen Arbeitskreise, Kommunikations- und Koordinationsgremien bedeutende 'Reglergrößen' dar, mit Hilfe derer Informationen über veränderte Umweltdaten gewonnen und systemgerecht verarbeitet werden können. Die Einrichtung und Auflösung derartiger Informationssammel- und Verarbeitungsstellen gestaltet sich dabei in dem Maße flexibel, wie dies Veränderungen systemrelevanter Umweltdaten erforderlich werden lassen. Angesichts der Vielzahl inhaltlich unterschiedlich thematisierter Arbeitskreise, Kommunikations- und Koor-

dinationsgremien, ist es sicherlich nicht ganz unrealistisch zu behaupten, daß es innerhalb der Makroorganisation der Drogenpolitik für beinahe jedes (mögliche) Umweltereignis derartige Kommunikations- und Arbeitskreise gibt. Beispielsweise hierfür seien genannt:

- Deutsch-Niederländischer Arbeitskreis zu Drogenproblemen im Grenzberëich
- Arbeitskreis Frau und Sucht
- Informationskreis Sucht (Planung und Kalkulation des Therapieplatzangebotes)
- Arbeitskreis: Arbeitslosigkeit und Sucht
- Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Rauschmittelhandels Südost (Nord) etc.

Erweisen sich jedoch die unzähligen Kommunikations- und Koordinationsprozesse in bezug auf die Einregelung bestimmter Umweltereignisse als nicht mehr ausreichend, d.h. werden strukturelle Veränderungen innerhalb der Makroorganisation notwendig, so haben sich in solchen Fällen insbesondere die Modellprogramme als ein Mittel herauskristallisiert, durch das es möglich wird, Anpassungsstrategien innerhalb der Makroorganisation verbindlich zu implementieren. Die Hinweise auf das PSAP zur Einregelung der erweiterten psychosozialen Problemdefinition sowie auf das ASS zur Durchsetzung der neuen BTMG-Strafrechtsbestimmungen mögen hier ausreichen, um die Anpassungsleistung der Modellprogramme zu belegen.

Zusammenfassend bleibt somit festzuhalten, daß das Makroorganisationssystem in der Drogenpolitik trotz seiner erheblichen Regelungstiefe über eine große Anpassungsflexibilität verfügt, durch die das System im Gleichgewicht gehalten werden kann. Zwar erhöhen die zum Einsatz gebrachten 'Reglergrößen' und Anpassungsstrategien die strukturelle Komplexität des Systems, letztendlich trägt aber gerade diese mit dazu bei, die Anpassungsfähigkeit und damit die Stabilität der Makroorganisation zu sichern. Wie stabil die Makroorganisation einzuschätzen ist, läßt sich mitunter auch daran ausmachen, daß nach Einschätzung von Experten im Suchtbereich dieser einer der wenigen Arbeitsmarktbereiche ist, in dem keine Stellen abgebaut, sondern im Gegenteil eher noch zusätzliche Stellen geschaffen werden.

1.3. Zum Stellenwert der Eigeninteressen und der organisatorischen Eigendynamik innerhalb der Makroorganisation

Wie die Organisationsanalyse hinlänglich verdeutlichte, handelt es sich bei der Drogenpolitik um einen multiorganisatorischen Dienstleistungsprozeß, dessen Handlungsstrategien nicht sämtlich dazu angetan scheinen, dem Hilfebedürfnis der Klienten problemadäquat - im Sinne einer Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Person-zu entsprechen. Als Gründe für einen solchermaßen am Rehabilitationsinteresse der Klienten vorbeigehenden Problembearbeitungsprozeß konnten mit der Organisationsanalyse eine Reihe von organisationsstrukturellen Faktoren herausgearbeitet werden, die darauf hindeuten, daß die organisierte Suchtkrankenhilfe primär den Eigeninteressen der Dienstleistungsproduzenten nach Bestandserhaltung, Besitzstandswahrung und Expansion folgt, statt daß sie am Ziel der Problembeseitigung ausgerichtet ist. Damit spiegelt sich auch für den Leistungsbereich der Drogenpolitik das grundsätzliche Mißverhältnis einer organisierten sozialen Dienstleistungsproduktion wider: In dem Maße, wie die Hilfeleistungsvermittlungen der Organisationen dazu geeignet sind, eine Beseitigung des Drogen- und Rauschmittelproblems bzw. eine Verringerung des Hilfebedarfs Abhängigkeitskranker zu bewirken, handeln diese entgegen ihren Organisationsnormen und berauben sich mit der Beseitigung des Problems selbst ihrer Existenzgrundlagen. Diesem grundlegenden Widerspruch sozialer Dienstleistungsproduktion entsprechend, kann die völlige Problembeseitigung nicht das Ziel der Organisationen im Makrosystem sein. Unter den genannten Umständen erweist es sich für sämtliche am Problembearbeitungsprozeß beteiligten Dienstleistungsproduzenten vielmehr als angemessen, ihre Eigeninteressen mit einer klientenorientierten (öffentlichkeitwirksamen) Dienstleistungsproduktion zu verbinden.

Um einen Eindruck über das Ausmaß der im Makrosystem der Drogenpolitik wirksam werdenden Eigeninteressen zu vermitteln, sind in der nachfolgenden Abbildung (Abb.: 9) einmal alle die mit der Drogen- und Rauschmittelproblematik befaßten Organisationen zusammengetragen und dem Rehabilitationsinteresse der Klientel gegenüber gestellt worden.

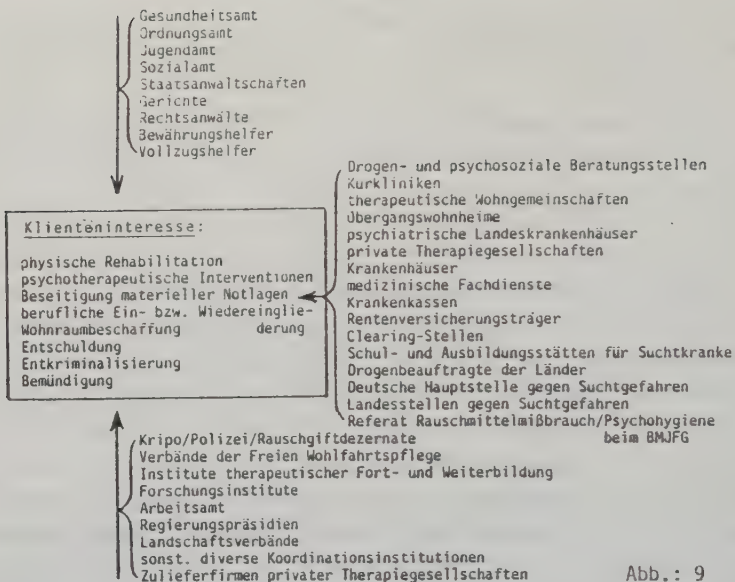


Abb.: 9

Angesichts dieses Übergewichtes organisatorischer und privater Eigeninteressen gewinnt man annähernd eine Vorstellung darüber, für wie viele Organisationen und private Handlungsträger die Bearbeitung des Drogen- und Rauschmittelproblems die Existenzgrundlage darstellt. Die Ausführungen der Organisationsanalyse zur Kommerzialisierung der Dienstleistungsproduktion und die Hinweise auf das enorme finanzielle Volumen, das hinter der gewerblich betriebenen Suchtkrankenhilfe zu vermuten ist (vgl.: III.2.2.3.2.), unterstreichen dabei ebenso den Stellenwert der Eigeninteressen innerhalb der Drogenpolitik, wie deren Bedeutung auch dem Hinweis darauf zu entnehmen ist, daß die fehlenden finanziellen Anreize im therapeutischen Nachsorgebereich die dort bestehenden Versorgungslücken begründen (vgl.: III.3.2.4.). In Anbetracht einer in solchem Maße vom Eigeninteresse der Organisationen beherrschten Ausgestaltung der Drogenpolitik dürfte es somit nicht unangemessen sein zu behaupten, daß von dem Fortbestand der Drogenpolitik und deren organisationsfunktionaler Ausgestaltung mindestens ebenso viele 'Produzentenexistenzen' wie 'Klientenschicksale' abhängen.

Der Abhängigkeit der Organisationen von der Klientel entsprechend, legitimiert sich denn auch die Existenz sämt-

licher 'Drogeneinrichtungen' ausschließlich über den Nachweis der Notwendigkeit einer fortgesetzten Hilfeleistungsproduktion. Nicht der an der faktischen Bedürfnislage der Klientel ausgerichteten Beseitigung individueller Notlagen gilt somit das Interesse der Akteure, sondern das 'Maximieren' und Dokumentieren von Klienten - bzw. Fallzahlen bestimmt deren Handeln. Am deutlichsten präsentiert sich ein solches Verhalten im Zusammenhang mit der 'Fährtsensuche' im Kontext des PSAP: Als die tatsächlich vorhandene Anzahl von Klienten nicht mehr ausreichte, die Existenz der Institutionen legitimatorisch abzusichern, wurden Fährtsensucher auf die Spur 'potentiell Gefährdeter' gesetzt, mit deren Anzahl dann die Statistiken gefüllt und dem offensichtlichen Leistungsüberhang eine angemessene Nachfrage gegenüber gestellt werden konnte. Die Einbeziehung 'familiärer' Bezugspersonen in den Problembearbeitungsprozeß dürfte demnach ebenso wie der inflationäre Gebrauch des Suchtbegriffs dem Ziel dienen, die Notwendigkeit der Dienstleistungsproduktion quantitativ zu betonen und mithin den Fortbestand der Einrichtungen legitimatorisch abzusichern (vgl.: III.4.1.2.3.). Insoweit dabei den Leistungsträgern im Rahmen ihres Handlungs- und Ermessensspielraums zugestanden wird, über die Hilfebedürftigkeit der Klienten bzw. über die Art der notwendig werden- den Hilfeleistungsproduktion zu bestimmen, wird es ihnen möglich, die Rekrutierung der Klienten je nach Bedarf und im Sinne einer 'Suchtplanung' 'organisationsfunktional' zu steuern; dies auch im Hinblick auf die interorganisatorischen Konkurrenzbeziehungen der Einrichtungen um Klienten. Zwar liefert die Organisationsanalyse auch Beispiele, die belegen, daß die Konkurrenzsituation von den Organisationen noch nicht völlig beherrscht wird, doch zeigt sich in den Ausführungen zur Problemsegmentation und Aufgabenspezialisierung (vgl. z.B.: III.5.2.1.), daß sich die Organisationen in ihren Selbsterhaltungs- und Expansionsinteressen arrangieren. Indem nämlich die Klientel im Rahmen der Segmentierung und Spezialisierung des Problembearbeitungsprozesses zwischen den Organisationen weitervermittelt wird, wobei - wie am Beispiel der Behandlungskette deutlich wurde - die Inanspruchnahme einer einzelnen Hilfe die Inanspruchnahme einer anderen, vor- oder nachgelagerten Hilfe voraussetzt, kann der Fortbestand aller Einrichtungen innerhalb des

Makrosystems weitgehend sichergestellt werden. Die unzähligen Kommunikationsgremien und informellen Kontakte dürften sich dabei auch als geeignet erweisen, je nach Bedarf die Verteilung der Klientel zwischen den Organisationen zu regeln. Den ambulanten Einrichtungen der Drogenberatung scheint dabei ebenso wie den 'Clearing-Stellen' bei den Kostenträgern innerhalb des Systems eine zentrale Verteilerfunktion zuzukommen.

Insgesamt gesehen kann festgehalten werden, daß trotz der zum Teil enormen Regelungstiefe in der Drogenpolitik den Dienstleistungsproduzenten noch ein ausreichender Spielraum verbleibt, um im Rahmen ihres Handlungs- und Entscheidungsermessens organisatorische und/oder private Handlungsinteressen zur Durchsetzung zu bringen. Die sich in den Dimensionen der Bestandserhaltung, Besitzstandswahrung und Expansion darstellenden Eigeninteressen der Dienstleistungsproduzenten begründen somit deren Bemühen, die Klienten dauerhaft an sich zu binden. Die Ausführungen zum Einsatz 'therapeutischer Bezugspersonen', mit deren Hilfe verhindert werden soll, daß der Klient im interorganisatorischen Vermittlungsprozeß für die Einrichtung verloren geht, mögen hier die organisatorische Handlungsmaxime beispielhaft illustrieren (vgl.: III.4.1.2.3.).

Substitutionsmodelle zur gegenwärtigen Organisation in der Drogenpolitik, wie sie sich beispielsweise in den verschiedenen Methadon-Modellprogrammen ², oder in der Diskussion um die (Teil-) Legalisierung illegaler Drogen etc. ausdrücken, haben in Anbetracht eines solchen Übergewichtes organisatorischer Eigeninteressen in der nächsten Zeit wohl kaum Durchsetzungschancen. Unter den genannten Bedingungen gilt es vielmehr, 'süchtiges Verhalten' als ein bearbeitungsbedürftiges und Hilfeansprüche induzierendes soziales Problem im Aufmerksamkeitsbereich der öffentlichen Diskussion zu halten. Spektakuläre Meldungen über die Aushebung eines Dealer-Rings oder die detaillierte Schilderung des Leidensweges eines Süchtigen werden dementsprechend ebenso werbewirksam eingesetzt wie das politisch-fürsorgliche Engagement verschiedener First Ladies, die die Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelproblems unter ihre Schirmherrschaft gestellt

haben und in dieser Mission öffentlichkeitswirksam auf 'Konferenztournee' gehen. Das 'Geschäft mit der Sucht' wird letztendlich dafür Sorge tragen, daß über den Drogen- und Rauschmittelkonsum ein wie auch immer geartetes 'süchtiges Verhalten' auch in der Zukunft als ein bearbeitungsbedürftiges soziales Problem erhalten bleibt.

2. Zur Realisierung der Leistungsansprüche der Klienten (Impact)

2.1. Auswirkungen organisations- und personalstruktureller Rahmenbedingungen auf die Erstellung und Übermittelbarkeit der Hilfeleistungsproduktion

Die vorausgegangenen Ausführungen haben zu zeigen versucht, daß die Suchtkrankenhilfe im Makrosystem der Organisationen neben dem allgemeinen Rehabilitationsziel der Klienten auch mit Blick auf die Durchsetzung organisatorischer Eigeninteressen hin instrumentalisiert ist. Unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen wäre es jedoch nur allzu blaugig, diesen Sachverhalt nach moralischen Gesichtspunkten zu verwerfen und dabei die Suchtkrankenhilfe als einen ausschließlichen Akt der Nächstenliebe begreifen zu wollen. Ausgehend von der Organisationsfunktionalität der Dienstleistungsproduktion im Makrosystem stellt sich hier nun die Frage, ob und inwieweit unter diesen motivationalen Voraussetzungen die Suchtkrankenhilfe im Kontext der organisations- und personalstrukturellen Rahmenbedingungen auch noch klientenfunktional ausgestaltet ist.

Mit der An- und Einbindung der Suchtkrankenhilfe in ein formal strukturiertes interorganisatorisches Kooperationssystem hat die Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung, bezogen auf den Einzelfall, insgesamt an Handlungsflexibilität eingebüßt. War es vor der Implementation der formalen Organisationsstruktur beispielsweise noch möglich gewesen, daß der Klient ohne Rücksicht auf allgemeine Öffnungs- und Beratungszeiten die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zu beinahe jeder 'Tages- und Nachtzeit' aufsuchen konnte und ihm dort die in seiner Situation unmittelbar notwendig werdende Hilfe so weit wie möglich spontan vermittelt wurde (z.B.: Übernachtungsmöglichkeiten, ambulanter Entzug etc.), erfolgt der Prozeß der Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung inzwischen weitgehend in Orientierung an Organisations- und Verfahrensvorschriften sowie nach den Standards einer rechtlichen Problemdefinition. Die dadurch bedingte Normierung von Problemlagen und Hilfen auf der einen sowie der damit einhergehende erhebliche Verwaltungsaufwand auf der anderen

Seite gehen, wie die Organisationsanalyse gezeigt hat, einseitig zu Lasten der Klienten. Formblattabfragen zur Feststellung des zuständigen Kostenträgers, zu den Arbeits-, Ausbildungs-, Einkommens- und Familienverhältnissen des Betroffenen bestimmen dabei ebenso die Interaktion zwischen dem einzelnen Klienten und dem Suchtkrankenhelfer wie die Vermittlung und Abwicklung der notwendig werdenden Behördenkontakte zur Durchsetzung der Hilfeleistungsansprüche. In Anbetracht der Tatsache, daß der Klient zum Zeitpunkt seines Hilfeersuchens häufig weder psychisch noch physisch in der Lage ist, eine solche Abfrage von Daten 'souverän' über sich ergehen zu lassen, mag die Hilfevermittlung unter diesen Umständen nicht selten schon im Vorfeld der Hilfeinitiierung scheitern, und/oder den Klienten auf Dauer vor einer erneuten Kontaktaufnahme mit der Einrichtung zurückzuschrecken lassen. Doch selbst unter der Annahme, daß der Prozeß der Abklärung von Leistungsansprüchen vom Klienten 'durchgestanden' wurde, gestaltet sich die Ingangsetzung der konkreten Hilfe im Zuge der Einhaltung von Organisations- und Verfahrensvorschriften mitunter immer noch als zu langwierig. Ein Beispiel aus der Organisationsanalyse möge diesen Vorwurf illustrieren: Die Einholung der Kostenzusage für eine stationäre Langzeittherapie dauert im Durchschnitt ca. 6 bis 8 Wochen. Ohne die Kostenzusage ist die Vermittlung in eine stationäre Maßnahme nicht möglich. Die Antragstellung beim Kostenträger ist aber an den Nachweis einer durchgeführten und bereits abgeschlossenen Entgiftungsbehandlung gebunden. Diese strikte Verfahrensregelung erweist sich nun insofern als fatal, als dadurch der Klient in der erheblich rückfallgefährdeten Zeit, unmittelbar nach der Entlassung aus der Entgiftungsbehandlung, weitgehend auf sich allein gestellt ist und der Kostenübernahmeerklärung der Rehabilitationsträger harrt. Zwar bemühen sich ambulante Einrichtungen in dieser ungenutzten Zeit um die Vermittlung therapievorbereitender Hilfen, der extremen Rückfallgefährdung kann dadurch aber nur bedingt entgegengewirkt werden. Die in diesem Sinne organisationsinduzierten Rückfälle erweisen sich dabei um so folgenreicher, als durch einen solchen Rückfall nicht nur die Rehabilitationsmotivation der Klienten unter Umständen auf Dauer zunichte gemacht wird, sondern hierdurch auch die Gefahren einer Überdosierung mit anschließender Todesfolge

7, drastisch zunehmen. Einer in dieser Weise schwerfälligen und mitunter für den Betroffenen sogar problemverstärkenden Hilfeleistungsproduktion kann - wenn überhaupt - nur von dem einzelnen Suchtkrankenhelfer entgegengewirkt werden, indem dieser im Rahmen seiner informellen Kontakte den Vermittlungsprozeß beschleunigt. Von einem Erfolg derartiger Kontakte kann aber weder bei der Planung noch bei der Übermittlung der Hilfe grundsätzlich ausgegangen werden.

Die Orientierungen an Rechts- und Organisationsvorschriften auf der einen, die extreme Differenzierung von Kompetenzen und Aufgaben zwischen den Dienstleistungsproduzenten auf der anderen Seite konstituiert schließlich die schon mehrfach erwähnte Segmentierung des Problembearbeitungsprozesses. Die damit einhergehende Umwandlung des individuellen Problemsyndroms in kalkulierbare und bearbeitbare Aufgabentypen mag dabei zwar der Ausschöpfung des Hilfeangebotes innerhalb einer Aufgabenkategorie förderlich sein, doch bedingt eine solche Zergliederung des Problembearbeitungsprozesses in der Regel, daß der Klient mit mehreren verschiedenen Einrichtungen gleichzeitig in Kontakt steht (vgl. hierzu auch Abb.: 9). Während sich somit jede Einrichtung im Rahmen der Problemsegmentation und Aufgabenspezialisierung auf die Bearbeitung nur eines Teilproblems zu konzentrieren hat, bleibt die wieder ganzheitliche Zusammenfügung der Hilfssegmente allein Aufgabe der Klientel - wohlgerne einer Klientel, der nachgesagt wird, daß sie infolge psychosozialer Defizite weder über die notwendige Realitätstüchtigkeit und Selbständigkeit noch über eine ausreichende Selbstsicherheit und Konfliktfähigkeit verfügt, die Problemzusammenhänge um die eigene Person zu erkennen. Da der einzelne Drogenberater in den klientennahen Einrichtungen in seinem beruflichen Handeln selbst auch an die die Segmentierung festschreibenden Organisations- und Rechtsvorschriften gebunden ist, wird der Klient auch von seiner 'therapeutischen Bezugsperson' kaum Unterstützung bei der Zusammenfügung des Hilfeangebotes erwarten können. Eine in diesem Sinne aus der Sicht des Klienten unkoordiniert erscheinenden Hilfeleistungsproduktion wird somit in ihren Problemlösungseffekten wesentlich auch vom 'Koordinationsgeschick' des Klienten mitbestimmt; dabei wird eine nicht gelungene Koordination des Hilfeangebotes

häufig nur Verschiebungen zwischen den Problemsegmenten innerhalb des Problemsyndroms bewirken. Zudem bleibt hier noch darauf hinzuweisen, daß sich im Zuge der Segmentation der Problembearbeitung, das Dienstleistungsangebot für die Klienten weitgehend so intransparent darstellt, daß sich allein schon darüber deren Abhängigkeiten von den hilfevermittelnden Institutionen festschreiben und verstärken.

Bei der Beschreibung der formalen Organisationsstruktur des Makrosystems fiel auf, daß weder die Klienten noch die Drogenberater in den publikumsnahen Stellen in irgendeiner Form Einfluß auf die Politikformulierung bzw. auf die Ausgestaltung und Übermittlung der Hilfeleistungsproduktion nehmen können. Die erheblich reduzierte Organisations- und Konfliktfähigkeit der Klienten, als Folge deren Pathologisierung und Kategorisierung nach der Art der verwendeten Drogen, nach Alter und Geschlecht, sind dabei ebenso eine Ursache fehlender Einflußchancen wie die zu große organisatorische Distanz zwischen den Drogenberatern und den politikformulierenden Instanzen. Dem individuell jeweils unterschiedlich ausgeprägten Hilfeleistungsbedarf der Klienten steht mithin eine problemgeneralisierende und an großen Fallzahlen ausgerichtete Hilfeleistungsproduktion gegenüber, auf die die Klientel auch nicht über die Inanspruchnahme der Hilfe steuernd eingreifen kann. Unter diesen Bedingungen bleibt somit der Hilfesuchende den Problemeinschätzungen bzw. den 'Behandlungspräferenzen' des Suchtkrankenhelfers ausgeliefert. Die an psychotherapeutischen Standards ausgerichteten Wahrnehmungs- und Entscheidungsmuster der Drogenberater sind dabei dazu angetan, die Interdependenzen von somatischen, psychischen, sozialen und sozio-ökonomischen Problemfaktoren der Klienten auf ausschließlich psychologische Problemaspekte zu reduzieren. Die Folgen einer solchen Überbetonung von 'psychischen Defekten' der Klienten und die Überschätzung der Therapie als ein Allheilmittel werden bezeichnenderweise von den Klienten selbst häufig auf den Begriff der 'Drehtür-Therapie' bzw. der 'Therapiemühle' gebracht und betonen so einmal mehr die Gefahren dieses einseitig ausgerichteten Hilfeleistungsangebotes. Die organisations- und personalstrukturellen Vorgaben, insbesondere die Qualifikation der Mitarbeiter betreffend, dürften somit

nicht geeignet sein, den Verlust advokatorischer Hilfeleistungen auszugleichen. Dies um so weniger, als das professionelle Selbstverständnis der Hilfeleistenden diesen eine affektive Neutralität und Distanz gegenüber dem Klientenschicksal abverlangt. Die Qualität und Angemessenheit der Hilfe läßt sich unter diesen Bedingungen sowohl im allgemeinen als auch auf den Einzelfall bezogen nur schwer bestimmen. Von einer Korrelation zwischen der Qualität der Hilfe und den professionellen Leistungsstandards kann nicht ausgegangen werden, denn weder garantiert ein den Organisationsvorgaben entsprechend qualifizierter Therapeut das Zustandekommen eines 'therapeutischen Klimas' noch ist es sicher, daß der Klient im Zuge der ökonomisierung der Dienstleistungsproduktion die für ihn notwendige Hilfe erhält. Die Ausführungen der Organisationsanalyse zur Kommerzialisierung der Suchtkrankenhilfe (vgl.: III.2.2.3.2.) haben so denn auch deutlich werden lassen, daß überwiegend nur noch die unter ökonomischen Aspekten sinnvolle Hilfe angeboten wird und dabei dem Klienten keine freie Wahl der Behandlungssituation zugestanden werden kann. Ein Umstand, der sich angesichts des stets mit Nachdruck betonten Bedeutungszusammenhangs zwischen den Bedingungen bei der Übermittlung der Hilfe auf der einen und den darüber bewirkten Problemlösungseffekten auf der anderen Seite im konkreten Einzelfall als folgens schwer erweisen kann. Behandlungsabbrüche und/oder die Kategorisierung des Betroffenen als hilferesistent sind dann nicht selten Ausdruck einer in diesem Sinne verfehlten Hilfeleistungsvermittlung.

Bei all der hier geäußerten Kritik bezüglich der Auswirkungen organisations- und personalstruktureller Rahmenbedingungen hinsichtlich der Erstellung und Übermittelbarkeit von Hilfeleistungen bleibt an dieser Stelle aber auch darauf hinzuweisen, daß unter den gegebenen Bedingungen eines multiorganisatorischen Problembearbeitungsprozesses, insbesondere aber auch mit Blick auf die sich zunehmend abzeichnende Tendenz einer gewerblich orientierten Suchtkrankenhilfe, verbindliche Organisations- und Verfahrensvorschriften ebenso wie personelle Qualifikationsprofile unbedingt notwendig werden dürften, um Suchtkrankenhilfe nicht zu einem situationsabhängigen, ausschließlich an Kosten- und Gewinngrößen

festgemachten Zufallsprodukt werden zu lassen. Weniger unter dem Gesichtspunkt einer Qualitätsgarantie als vielmehr unter dem Aspekt einer Begrenzung der Instrumentalisierung der Suchtkrankenhilfe zu anderen Zwecken scheinen somit die organisations- und personalstrukturellen Vorgaben letztendlich auch dem Klienteninteresse zweckdienlich zu sein. Die organisations- und personalstrukturellen Vorgaben dürften sich dabei in dem Maße als angemessen erweisen, wie sie den Rahmen organisierter Suchtkrankenhilfe weiträumig - ohne problemnormierende und (Hilfe) standardisierende Effekte zu induzieren - abstecken und eine strikte, die Handlungs- und Entscheidungsflexibilität einschränkende Verfahrensorientierung vermeiden. Die vorausgegangene Kritik an den organisations- und personalstrukturellen Bedingungen der Dienstleistungsproduktion ist in diesem Sinne nicht als eine grundsätzliche Absage an die organisierte Suchtkrankenhilfe zu interpretieren. Die Ausführungen hier dienen vielmehr dem Zweck, auf die Effekte eines partiell übersteuerten Problembearbeitungsprozesses hinzuweisen.

2.2. Zur Problemadäquanz der Konzeption der Suchtkrankenhilfe

Nachdem die organisations- und personalstrukturellen Rahmenbedingungen mit Blick auf die Realisierung des Hilfebedarfs als eher ambivalent einzuschätzen sind, soll im folgenden nun das in der Organisationsanalyse detaillierte Konzept der Suchtkrankenhilfe unter den Begriffen von Repression, Prävention und Behandlung subsumiert und auf seine Zweckdienlichkeit zur Beseitigung ursächlicher Problemfaktoren des Mißbrauchsverhaltens hin hinterfragt werden. Die nachfolgend zusammengetragenen Daten der EBIS-Statistik von 1985 ⁹, vermitteln einen Eindruck von der allgemeinen Lebens- und Problemsituation der Klientel und liefern schließlich auch den Bezug zur Abschätzung der Problemadäquanz des Hilfekonzeptes.

Die Lebenssituation wird u.a. von folgenden Problemfaktoren bestimmt:

Die Betroffenen rekrutieren sich überwiegend aus der gesellschaftlichen Mittel- und Unterschicht. Zwei Drittel haben die Haupt- oder Sonderschule besucht, nur ein knappes Drittel Real- oder weiterführende Schulen. Ein Drittel hat keine abgeschlossene Berufsausbildung. Mit 27% liegt die Erwerbslosenquote der Klientel weit über der des Bundesdurchschnitts (ca. 7,2%). ⁹, Fast die Hälfte der Betroffenen bestreitet ihren Lebensunterhalt durch Arbeitslosengeld/-hilfe, Sozialhilfe und/oder Ausbildungsbeihilfen bzw. wird durch ihre Angehörigen unterstützt. Das Gros der Klienten ist hoch verschuldet, die Wohnungssituation nicht selten ungeklärt. ¹⁰, Nach Einschätzung der Drogenberater zeigen ca. 70% der Klienten 'behandlungsbedürftige' Probleme im Bereich Kommunikation/Partnerschaft/Sexualität; 30% weisen 'behandlungsbedürftige' Probleme im Bereich Schule und Beruf auf und bei ca. 15% liegen psychosomatische Grundstörungen vor. ¹¹, Fast alle Klienten mit einem illegalen Konsummuster haben Probleme mit den Kontrollinstanzen (Polizei, Gerichte, Vollzug).

Diesen Interdependenzen von sozialen, sozio-strukturellen, somatischen und psychischen Problemfaktoren stellt die Drogenpolitik nun ein Konzept der Suchtkrankenhilfe gegenüber, das einerseits darauf gerichtet ist, durch sowohl polizeiliche und strafrechtliche Kontrolle als auch durch gezielte Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit dem Drogen- und

Rauschmittelkonsum vorzubeugen. Andererseits soll den schon 'konsumgeschädigten' Klienten durch ein Bündel medizinisch-psychologischer und zum Teil auch berufsbildender Maßnahmen zur Rehabilitation und Resozialisation verholfen werden. Dabei gehört es zu den Zielen der Resozialisation, den Klienten zu einer eigenständigen Lebensführung, zur Realitätstüchtigkeit, Selbstsicherheit und Unabhängigkeit zu befähigen sowie dessen berufliche (Wieder-) Eingliederung zu erreichen.

Losgelöst von den organisatorischen und sozialen Bedingungen der Maßnahmenformulierung und -übermittlung scheint dieses Handlungskonzept auf den ersten Blick grundsätzlich dazu geeignet, den ursächlichen Faktoren einer Suchtgenese entgegenzuwirken. Unter dem Eindruck der Ergebnisse der Organisationsanalyse muß aber die Problemadäquanz dieses Konzeptes angezweifelt werden. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die problemverstärkenden Effekte der repressiven, an Verfolgung und Bestrafung des Mißbrauchverhaltens festgemachten Handlungsstrategien. Unter Hinweis auf die Untersuchungen von z.B. Kreuzer oder Kappel/Scheerer 12, kann hier resümierend festgehalten werden, daß die repressiven Maßnahmen weder geeignet sein dürften, Angebot und Nachfrage von Drogen- und Rauschmittel nachhaltig und auf Dauer zu unterbinden, noch dazu prädestiniert scheinen, günstig auf die Lebenssituation der Klienten einzuwirken. Indem durch die repressive Bekämpfung des Drogenmißbrauchs die Klientel in die Kriminalität abgedrängt wird, verstärken sich deren soziale, sozio-strukturelle, somatische und psychischen Problemfaktoren eher noch mehr.

Ebenso fragwürdig erscheinen aber auch die kommunikativen und strukturellen Maßnahmen zur (nicht repressiven) Drogen- und Rauschmittelprävention. Weder kann gänzlich ausgeschlossen werden, daß sich die Aktivitäten in ihr Gegenteil verkehren und vielmehr erst eine Neugier zum Konsum provozieren, noch gibt es bislang eindeutige Hinweise zum Erfolg derartiger Maßnahmen, die die Anstrengungen in diesem Aufgabenbereich rechtfertigen könnten. Dies gilt sowohl mit Blick auf die durch (strukturelle) Präventionsmaßnahmen tatsächlich beeinflussbaren Umweltfaktoren wie Arbeit, Schule, Fami-

lie, Einkommens- und Wohnsituation als auch hinsichtlich der Umsetzbarkeit bzw. Erwünschbarkeit (kommunikativer) präventiver Maßnahmen. Ebenso wenig wie die erheblichen Investitionen im Therapiebereich bzw. die auf Jahrzehnte im voraus geleisteten Belegungsgarantien der Kostenträger (vgl.: III.3.3.) die Zweckdienlichkeit präventiver Maßnahmen unterstreichen, sind die Bestandserhaltungs- und Imageinteressen von 'Zielgruppenorganisationen' der Umsetzbarkeit von Präventionskonzepten förderlich. Wie dabei das Beispiel von Schulen und Einrichtungen der offenen Jugendarbeit zeigt - beides Schwerpunktorganisationen präventiver Arbeit - verhindert das Bemühen der Einrichtungsleiter, angesichts rückläufiger Schülerzahlen, ihre Einrichtungen in keiner Weise des Verdachts eines aktuellen Drogen- und Rauschmittelproblems auszusetzen, nicht nur das Zustandekommen einer präventiven Aktion; vielmehr kommt in diesem Bemühen zum Ausdruck, daß das langfristig angelegte Präventionskonzept, das sich der Mittel der Aufklärung, Überzeugung und des Erlernens alternativer Verhaltensweise bedient und gerade deswegen auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen konzentriert ist, in den Handlungszielen konterkariert wird bzw. die präventiven Maßnahmen der eigentlichen Zielgruppe vorenthalten werden.

Was schließlich das Maßnahmenbündel zur Rehabilitation und Resozialisierung anbelangt, so erhärten sich hier die Zweifel an der Problemadäquanz der Hilfekonzeption. Zwar kann im Rahmen der medizinischen Versorgung eine physische Gesundung der Klienten erreicht werden. Es mag auch sein, daß durch psychotherapeutische Interventionen die Kommunikations-, Partner- und Sexualitätsprobleme etc. gemildert oder sogar gelöst werden können. Die therapeutischen Maßnahmen sind aber in der Regel nicht geeignet, Ausbildungsdefizite, schlechte Arbeits- und Wohnverhältnisse auszugleichen bzw. Verschuldungsprobleme und Schwierigkeiten mit den Kontrollbehörden zu beseitigen. Weder steht im Rahmen des Hilfekonzeptes ein ausreichendes Angebot an Lehr- und Ausbildungswerkstätten für ehemals Abhängigkeitskranke zur Verfügung noch werden mit Wohn-, Entschuldungs- und Entkriminalisierungsmaßnahmen die sozio-strukturellen Voraussetzungen für eine dauerhafte Resozialisierung geschaffen. Mit der Beendi-

gung der Behandlung wird der Klient so nicht selten wieder in die gleiche Ausgangssituation entlassen. Oft ist dabei nicht einmal die Wohnsituation geklärt. Ohne den Nachweis eines festen Wohnsitzes verringern sich aber auch die Chancen auf einen dauerhaften Arbeitsplatz; ohne ein festes Einkommen bestehen kaum Aussichten auf eine Wohnung und keine Möglichkeiten zur Entschuldung; ohne Arbeit, ohne Wohnung und mit hohen Schulden sind dann auch die Chancen einer Strafaussetzung zur Bewährung gleich Null. Ein erneuter Rückfall in die Sucht scheint unter diesen Umständen 'vorprogrammiert'. Selbst wenn eine solche Aneinanderreihung von sich selbst verstärkenden Problemfaktoren in dem Ausmaß nicht für das Gros der Klienten anzunehmen ist, so zeigt sich doch an Einzelschicksalen die grundsätzliche Möglichkeit einer solchen 'Kettenreaktion' bzw. werden die Lücken im Hilfekonzzept offensichtlich. 13. Das Konzept gewährleistet zwar die medizinische und psychische Rehabilitation, doch scheint diese nicht im gleichen Umfang durch eine 'soziale' Rehabilitation abgestützt zu werden.

Darüber hinaus dürften aber auch Zweifel anzumelden sein hinsichtlich der Angemessenheit und Erreichbarkeit der Zielattribute 'Realitätstüchtigkeit', 'Selbständigkeit', 'Unabhängigkeit' etc. Angesichts einer Beratungs- und Behandlungssituation, wie sie andeutungsweise in einem Exkurs zur Organisationsanalyse beschrieben wurde (vgl.: III.5.2.1.), stellt sich hierbei die Frage, wie denn der Klient in der Abgeschiedenheit und Isolation einer Behandlungsstätte zur Realitätstüchtigkeit geführt oder wie er in einem von Therapeuten und Bürokraten fremdbestimmten Beratungs- und Behandlungsprozeß zur Selbständigkeit und Unabhängigkeit befähigt werden soll. Während diese 'methodischen Widersprüche' in der Behandlungssituation doch zumindest eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Abschätzung der Problemlösungseffekte therapeutischer Verfahrenweisen provozieren, so dürften vor dem Hintergrund der eingangs angesprochenen Problemkonstellation der Klientel die Zweifel an der Problemadäquanz des Hilfekonzepthes doch insgesamt berechtigt erscheinen. Wenn auch nicht angenommen werden kann, daß im Rahmen der Drogenpolitik die sozio-strukturellen Problemfaktoren gänzlich beseitigt werden können, so dürften sich

durch eine Verbesserung der Arbeitsmarktchancen, der Einkommens- und Wohnverhältnisse und durch Maßnahmen zur Entkriminalisierung und Entschuldung die Resozialisationschancen der Klienten auf Dauer sicherlich verbessern lassen.

Die auf den ersten Blick so 'kompakt' erscheinende Suchthilfekonzeption erweist sich somit in wesentlichen Bereichen als lückenhaft und nur bedingt problemadäquat. Weder scheint der repressive und präventive Maßnahmenkatalog geeignet, süchtiges Verhalten zu verhindern noch entsprechen die Hilfen zur Rehabilitation der faktischen Problemkonstellation der Klienten. Was bleibt, ist ein hoch organisierter Apparat zur Suchtkrankenhilfe, dessen Problemadäquanz sich auf die Vermittlung medizinischer und psychologischer Hilfe beschränkt. Diese könnte aber ebenso gut auch durch die niedergelassenen Fachärzte und/oder die frei praktizierenden Psychotherapeuten geleistet werden. Mit einer Veränderung des Konzeptes der Suchtkrankenhilfe dürfte aber solange nicht zu rechnen sein, wie die vorhandenen Organisations- und Interorganisationsstrukturen von Trägern und Einrichtungen fortbestehen.

3. Zur Problemlösungskapazität und Effektivität der Makroorganisation (Outcome), Resümee und Ausblick

Zu guter Letzt bleibt nun noch zu klären, welche (umfassenden) Auswirkungen von dem multiorganisatorisch gestalteten Problembearbeitungsprozeß auf das (gesellschaftliche) Gesamtsystem ausgehen. Dabei soll eine Antwort auf die Frage versucht werden, ob die Makroorganisation in der Drogenpolitik geeignet erscheint, das soziale Problem des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs zu lösen bzw. zu beseitigen und welche beabsichtigten und unbeabsichtigten Nebenwirkungen dem Gesamtsystem aus der Organisationsstruktur des Makrosystems erwachsen. In einem abschließenden Ausblick sollen die hier gewonnenen Erkenntnisse sodann auf die organisierte Bearbeitung von sozialen Problemen schlechthin übertragen werden. Doch zunächst zur Abschätzung der Problemlösungskapazität und Effektivität der Makroorganisation zur Lösung des Drogen- und Rauschmittelpblems.

Als ein zentrales Ergebnis der Organisationsanalyse konnte herausgearbeitet werden, daß sich die Drogenpolitik von einer zu Anfang kaum bzw. vorwiegend in Selbsthilfe organisierten Dienstleistungsproduktion zu einer komplex organisierten und spezialisierten Teiladministration innerhalb der Sozialpolitik entwickelt hat. Mit der 'Drogenadministration' wurde aber zugleich auch das Drogenproblem als ein soziales Problem institutionalisiert, also auf Dauer festgeschrieben, so daß allein schon unter diesen Bedingungen von einer baldigen Lösung bzw. Beseitigung des Drogenproblems abzusehen ist. Den grundsätzlichen Widersprüchen zwischen den einerseits an Bestandserhaltung und Expansion festgemachten Organisationsnormen und den andererseits auf Problembeseitigung und Resozialisierung der Klienten abzielenden Handlungsorientierungen ist es schließlich zuzuschreiben, daß sich die am Problembearbeitungsprozeß beteiligten Organisationen sowohl um eine Problemausweitung als auch um eine dauerhafte Anbindung der Klientel an die Organisationen bemühen. So entspricht es denn auch der organisatorischen Eigendynamik, daß inzwischen nicht mehr die Eindämmung und Verhütung des illegalen Drogenkonsums ausschließliches Ziel des Handelns ist. Die Organisationsanalyse vermittelte vielmehr den Eindruck,

daß der illegale Drogenmißbrauch gegenwärtig nur noch 'Aufhänger' für eine Politik zu sein scheint, die mit Hilfe eines weit auslegbaren psychosozialen Erklärungs- und Legitimationsansatzes ein 'irgendwie' geartetes abweichendes Verhalten systemerhaltend zu bearbeiten versucht. Systemerhaltend sowohl mit Blick auf das Makrosystem selbst als auch hinsichtlich des bestehenden gesellschaftlichen Normen- und Wertegefüges. Indem nämlich an der traditionellen Bewußtseins- bzw. Unrechtsstruktur gegenüber Drogen respektive einem angepaßten und abweichenden Konsummuster festgehalten wird, kann ein 'irgendwie' unangepaßtes Verhalten segregiert, angepaßtes Verhalten hingegen, wie gehabt, mit einem nicht weiter problematisierten Konsum legaler Drogen 'belohnt' und positiv verstärkt werden.

Die geringe Problemlösungskapazität der Makroorganisation begründet sich aber nicht nur über die Organisationsnormen. Sie scheint vielmehr auch das Ergebnis einer dysfunktional ausgerichteten Organisationsstruktur zu sein, in deren Rahmen Konkurrenz, Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den Organisationen zueinander entgegengesetzten interorganisatorischen Beziehungsstrukturen führen und mithin einer zielorientierten Zusammenarbeit der Organisationen entgegenwirken. Wie die Organisationsanalyse hinreichend deutlich machen konnte, lassen sich dabei die konfligierenden Strukturkomponenten sämtlich auf die überaus komplex ausgestaltete Träger- und Akteursstruktur zurückführen. Bedingt durch die uneingeschränkte Anwendung des Subsidiaritätsprinzips und die zusätzliche Vermarktung der Suchtkrankenhilfe durch private Trägerverbände, steht nämlich einer nur begrenzten Anzahl von Hilfebedürftigen eine beinahe atomistische Vielzahl von Dienstleistungsproduzenten gegenüber, die ihre Existenz ausschließlich über die Klientel legitimiert. Die Abhängigkeit der Organisationen von den Klienten erzwingt dabei geradezu eine interorganisatorische Konkurrenz und macht es darüber hinaus für die Organisationen notwendig, den Problembearbeitungsprozeß bzw. das Problemsyndrom der Klienten arbeitsteilig untereinander aufzuteilen. Im Zusammenhang mit der Parzellierung der Problembearbeitung und der Anbindung der Organisationen an rechtliche bzw. finanzpolitische Rahmenbedingungen sind die Organisationen aber gleichzeitig

auch zur Kooperation in der Dienstleistungsproduktion gezwungen. Mit Blick auf die Problemlösungskapazität des Systems erweist sich dann die Kooperation insofern als problematisch, als die Kommunikation und Koordination zur Dienstleistungsproduktion sowohl durch die konfligierenden interorganisatorischen Beziehungsstrukturen, als auch durch die Interdependenzen in der Leistungserstellung erheblich behindert werden. Eine Lösung des Drogenproblems dürfte somit nicht nur an der organisatorischen Eigendynamik scheitern, sondern vielmehr scheinen auch die organisationsstrukturellen Rahmenbedingungen die Problemlösungskapazität des Makrosystems zu begrenzen. Dies um so mehr, als im Zusammenhang mit der interorganisatorischen Konkurrenz, der Problemsegmentierung und mit den sich abzeichnenden Bürokratisierungstendenzen auch die Hilfeleistungsansprüche der Klienten weitgehend organisationsfunktional - im Sinne einer Standardisierung, Formalisierung und Routinisierung der Hilfeleistungsvermittlung - instrumentalisiert wurden.

Die geringe Problemadäquanz der Suchtkrankenhilfe ist aber auch Folge einer zunehmenden Professionalisierung der Suchtkrankenarbeit. Diese spiegelt sich insbesondere in der einseitig ausgerichteten - psychologisierenden und therapeutisierenden - Hilfeleistungsproduktion wider, die die soziostrukturellen Entstehungszusammenhänge süchtigen Verhaltens bei der Konzeption des Dienstleistungsangebotes nahezu unberücksichtigt läßt. Die geringe Problemadäquanz der Hilfe bleibt dabei weder für die Klientel noch für 'unbeteiligte' Dritte ohne negative Folgewirkungen. Dies zeigt sich beispielsweise in den Fällen, wo durch die einseitig (therapeutisch) ausgerichtete Rehabilitation die Resozialisierung der Klienten nicht dauerhaft gesichert werden kann und infolge der sich ständig wiederholenden Therapieeinweisungen die dadurch induzierte Kostenbelastung in Form steigender Sozialabgaben auch für 'unbeteiligte' Dritte 'spürbar' wird; oder wenn durch die verfehlten repressiven Maßnahmen die drogenabhängigen Klienten in ein soziales Abseits gedrängt und darüber eine Beschaffungskriminalität induziert wird, durch die sich auch die Lebensqualität der 'unbeteiligten' Dritten erheblich vermindert.

Trotz der nachweislich geringen Problemlösungskapazität der Makroorganisation und den zum Teil problemverstärkenden Effekten der Hilfeleistungskonzeption ist eine unmittelbar organisationsbezogene Fehlerzuweisung nicht möglich. Da sich das Makrosystem über eine weitgehende Identität der Kommunikations- und Kontrollstrukturen annähernd autonom kontrolliert, werden nämlich die dem Problembearbeitungsprozeß erwachsenden negativen Folgewirkungen nicht nur durch die Makroorganisation selbst identifiziert, sondern auch innerhalb des Systems wieder 'eingeregelt'. Dadurch wird schließlich der Eindruck erreicht, daß im Hinblick auf die übergeordnete Zielsetzungen, jede Organisation für sich betrachtet richtig bzw. zweckdienlich gehandelt zu haben scheint. An dem insgesamt unbefriedigenden Gesamtergebnis der Zielerreichung der Drogenpolitik ändert sich jedoch nichts. Angesichts der festgefahrenen Kommunikations- und Kontrollstrukturen dürfte vielmehr auch in absehbarer Zeit nicht mit einer grundlegend anders ausgestalteten - die Problemlösungskapazität des Systems verbessernden - Organisation in der Drogenpolitik zu rechnen sein. Dies um so weniger, als die gegenwärtigen Kommunikations- und Kontrollstrukturen verhindern, daß Klienten und klientennah arbeitende Drogenberater unmittelbar an der Politikformulierung und Maßnahmenplanung partizipieren und dabei diese im Sinne einer stärkeren Problemadäquanz der Hilfeleistungskonzeption beeinflussen.

Zusammenfassend läßt sich nun feststellen, daß der Zielsetzung der Drogenpolitik eine nur geringe Problemlösungskapazität der Makroorganisation gegenübersteht. Die Bearbeitung des Drogen- und Rauschmittelproblems ist und wird angesichts des schier unausschöpfbar scheinenden Potentials süchtiger Verhaltensweisen Tagesgeschäft der Sozialadministration bleiben. Es dürfte aber auch deshalb nicht mit einer Lösung bzw. Beseitigung des Drogen- und Rauschmittelproblems zu rechnen sein, weil sich einerseits mit der Problembearbeitung zu viele - mit den Klientenbedürfnissen nicht vereinbare - organisatorische und private Handlungsinteressen verbinden; andererseits, weil eine ganze Anzahl organisationsstruktureller Faktoren die Problembeseitigung behindert bzw. unter bestimmten Bedingungen dazu beiträgt,

daß sich die Problemfaktoren insgesamt verstärken. Bei alledem soll aber nicht abgestritten werden, daß sich im konkreten Einzelfall die Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung als durchaus geeignet erweisen mag, den Abhängigkeitskranken (-gefährdeten) von seinen süchtigen Verhaltensweisen zu befreien. Ob und inwieweit die Maßnahmen zur Drogenpolitik aber letztendlich das individuelle Suchtproblem lösen können, hängt entscheidend auch von der konkreten Lebenssituation des Klienten bzw. von dessen Selbständigkeit und Koordinationsfähigkeit im Umgang mit der Leistungsverwaltung ab.

Kritik zu üben, dürfte stets leichter sein, als ihr zu entgegen gehen oder dem Attaktierten gar ein besseres, funktionsfähigeres Konzept entgegenzustellen. Was an einer anderen Stelle schon anklang, kann somit hier nur noch einmal unterstrichen werden, nämlich die Notwendigkeit der Organisation von Suchtkrankenhilfe. Trotz der zuvor herausgearbeiteten Mängel der Organisation sozialer Hilfeleistungsproduktion dürfte sich unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen die Organisation als nicht weniger notwendig erweisen als die Hilfeleistung selbst. Ein unsystematisches Nebeneinander partieller Hilfeangebote scheint ebensowenig vor negativen Problemlösungseffekten gefeit wie die Makroorganisation in der Drogenpolitik. Darüber hinaus stellen sich grundsätzlich auch die Fragen: Wer oder was, wenn nicht die formal vorgegebene Organisationsstruktur könnte garantieren, daß die Hilfesuchende in einem nicht noch größeren Ausmaß innerhalb der Sozialadministration zwischen den Organisationen hin und her komplimentiert würde, weil niemand sich so recht für seine Hilfebedürfnisse zuständig fühlt und auch das Problemsyndrom des Betroffenen dessen direkte Vermittlung an eine spezialisierte Organisation erschwert; oder: Wer oder was, wenn nicht verbindliche Organisationsvorschriften könnte verhindern, daß die Klientel den Handlungs- und Ermessensentscheidungen der Dienstleistungsproduzenten völlig preisgegeben wird; oder: Wie würde außerhalb einer Organisation dafür Sorge getragen werden können, daß z.B. in Fragen der Kostenübernahme bei rehabilitativen Maßnahmen nach einheitlichen Grundsätzen entschieden würde etc. Allein an diesen wenigen Fragestellungen wird schon deutlich, daß gerade die soziale Dienstleistungsproduktion insbesondere wegen ihrer

nur wenig kontrollierbaren und mitunter bis in die Intimsphäre hineinwirkenden Dienstleistungsproduktion verstärkt auch strukturierender und kontrollierbarer organisatorischer Anstrengungen bedarf. Unter Einbeziehung dieser Überlegungen ist dann aber die Organisation in der Drogenpolitik hinsichtlich der Planung und Vermittlung der Suchtkrankenhilfe sowohl Hilfestellung als auch Hypothek.

Im Rückblick auf die vorausgegangenen Ausführungen ließe sich die Problemlösungskapazität und Effektivität der Organisation in der Drogenpolitik im Ergebnis sicherlich verbessern, wenn vermieden werden könnte, daß die grundsätzlich anzuerkennende Hilfestellung der Organisation durch die Folgen der Verselbständigung organisierten Handelns überlagert und negiert würde. Ein formloser und unverbindlich bleibender Appell zur Selbstbeschränkung der Organisationen dürfte sich jedoch in diesem Sinne als ebenso erfolglos erweisen wie die zusätzliche Einrichtung regulierender und kontrollierender Instanzen. Vielversprechender scheint hingegen ein hier nicht weiter ausgeführtes Konzept der 'Demokratisierung' der sozialen Dienstleistungsproduktion durch Partizipation der Klientel an der Hilfeleistungsproduktion und -vermittlung. Indem es zum Prinzip gemacht würde, daß beispielsweise Selbsthilfeeinitiativen in den Politik formulierenden und Dienstleistungen produzierenden Instanzen gleichberechtigt vertreten wären, könnte nicht nur einer zunehmenden Entfremdung der Organisation von der Bedürfnisstruktur des Klienten entgegengewirkt werden, sondern durch eine stärkere Problemadäquanz der Hilfekonzeption ließe sich die Problemlösungskapazität des Systems wahrscheinlich insgesamt steigern. Mit diesem Hinweis soll hier jedoch nicht einer sich in der öffentlichen Diskussion zunehmend manifestierenden Selbsthilfeeideologie das Wort geredet werden. Ein Rückzug staatlicher Drogenpolitik bzw. eine Beschränkung der Dienstleistungsproduktion auf ausschließlich solche in Selbsthilfe zu erbringenden Hilfeleistungen wäre unter den gegebenen Bedingungen sicherlich weder angemessen noch realistisch; ganz abgesehen davon, daß hierdurch die Gesellschaft aus der Verantwortung für ein Problem entlassen würde, zu dessen Entstehen sie mit beiträgt.

Ausblick:

Mit dem Drogen- und Rauschmittelproblem dürfte innerhalb der Sozialadministration eine speziell auf die Bearbeitung sozialer Probleme zugeschnittene Teiladministration institutionalisiert worden sein. Es konnten dabei Handlungsstrategien und ein multiorganisatorisches Kooperationssystem 'exemplarisch' herausgebildet werden, das sich ebenso gut auch auf die Bearbeitung anderer sozialer Probleme übertragen läßt. Herrschte noch bei Auftreten des Drogen- und Rauschmittelproblems allgemeine Unsicherheit darüber, wie politisch-administrativ auf das soziale Problem reagiert werden sollte, dürften die Bearbeitungsstrategien bei Aufkommen neuer sozialer Probleme - wie sie sich gegenwärtig beispielsweise in dem Problem Aids-Kranker oder dem Asylantenproblem ankündigen - vorgezeichnet sein. So scheint es gar nicht unwahrscheinlich, daß sich in absehbarer Zeit neben der öffentlichen Sozialadministration auch die Trägerverbände Freier und privater Wohlfahrtspflege des 'Aids-Problems' annehmen, bei den zuständigen Ministerien die Stelle eines 'Aids-Beauftragten' eingerichtet wird, Koordinations- und Kontrollzentralen auf Bundes- und Länderebene institutionalisiert werden, die schon existierenden Selbsthilfeinitiativen Aids-Betroffener im Rahmen von Modellprogrammen systematisiert, kontrolliert und von öffentlichen und privaten Einrichtungen verdrängt werden und schließlich auch die Aids-Hilfe im Kontext einer wissenschaftlichen Begleitforschung der Modellprogramme sukzessive professionalisiert wird.

Die Übertragbarkeit der Organisationsstrukturen der Drogenpolitik auf die Bearbeitung z.B. eines 'AidsProblems' läßt es somit durchaus vorstellbar erscheinen, daß nicht nur der Definitionsprozeß von sozialen Problemen nach einem bestimmten Muster abläuft (vgl. hierzu: 1.1.2.), sondern sich zukünftig auch die Bearbeitung sozialer Problemlagen nach der 'bewährten' Vorlage einer Organisation in der Drogenpolitik politisch-administrativ in den Griff bekommen läßt. Die Zukunft wird zeigen, ob sich die hier angestellte Projektion auf die Bearbeitung von sozialen Problemen schlechthin bestätigen wird. Sollte dies der Fall sein, so würde nicht nur

Jedes soziale Problem eine eigene spezialisierte und institutionalisierte Teiladministration nach sich ziehen, sondern vielmehr würde in dem Maße, wie soziale Probleme politisch-administrativ handhabbar und gestaltbar wären, diesen ihr politisch-innovatives Potential systematisch entzogen (werden können).

F u ß n o t e n u n d A n m e r k u n g e n

Kapitel I: Theoretische Verortung, Entwicklung und
Präzisierung der Fragestellung.

Kapitel I: Theoretische Verortung, Entwicklung und
Präzisierung der Fragestellung

- 1) Vgl.: Etzioni, A., Heidt, S., Gesellschaftliche Lenkung. Zur Theorie sozialer Probleme, in: Hondrich, K.-O. (Hrsg.), Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 239 ff.
- 2) Fuller, R., Myers, R., The Natural History of Social Problems in: American Sociological Review, 6, 1941, S. 320, Zit.n.: Albrecht, G., Vorüberlegungen zu einer Theorie sozialer Probleme, in: Ferber, Chr. v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS - Sonderband 19, Opladen 1977, S. 146.
Vgl.: Fuller, R., Myers, R., Some aspects of a Theory of Social Problems, in: American Sociological Review, 6, 1941, S. 24-32.
Vgl. auch: Bellebaum, A., Braun, H. (Hrsg.): Reader Soziale Probleme, Bd. 1, Frankfurt, New York 1974, S. 1 f.
- 3) Blumer, H., Soziale Probleme als kollektives Verhalten, in: Hondrich, K.-O., Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 102 (im folgenden zit. als: Blumer, H. Soziale Probleme).
Vgl.: Albrecht, G., Brusken, H., (Hrsg.), Soziale Probleme und soziale Kontrolle, Opladen 1982.
- 4) Vgl.: Blumer, H., Soziale Probleme, S. 105.
- 5) Vgl.: Giesen, B., Moralische Unternehmer.
- 6) Vgl.: ebenda, S. 233 f.
- 7) Vgl.: zur Begriffsabgrenzung des sozialen Problems als soziale Bewegung und als administrativ-statische Kategorie:
Nowotny, H., Vom Definieren, vom Lösen und vom Verwalten sozialer Probleme, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 119 f.
- 8) Vgl.: Blumer, H., Soziale Probleme, S. 102-113.;
Vgl.: Kitsure, J. J., Spector, M., Toward a Sociology of Social Problems: Social Conditions, Values, Judgements, and Social Problems, in: Social Problems, 20, 1973, S. 414-417.
Spector, M., Kitsure, J. J., Social Problems; A Re-Formulation, in: Social Problems 21, 1973, S. 146- 155.
Vgl. hierzu auch: Stallberg, J. W., Konstituierungsbedingungen und Diskussionsstand, in: Kriminalsoziologische Bibliographie, 6, 22, 1979, S. 1-14,
sowie: Hartjen, C. A., Possible Trouble. An Analysis of Social Problems, New York 1977.

- 9) Vgl.: Berger, F.L., Luckmann, Th., Institutionalisation, in: Hondrich, K.-O., Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 129-140, hier S. 131 f. (im folgenden zitiert als: Berger, F., Luckmann, Th., Institutionalisation). Vgl. hierzu auch das Original: Berger, F.L., Luckmann, Th., Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt 1969.
- 10) Vgl.: Berger, F.L., Luckmann, Th., Institutionalisation, S. 136 f.
- 11) Vgl.: Lenk, K., Politische Soziologie, Stuttgart etc. 1982, S. 37 f.; Vgl.: Berger, F.L., Luckmann, Th., Institutionalisation, S. 132.
Vgl.: Hondrich, K.-O., Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 96.
- 12) Vgl. hierzu die Ausführungen, die zu diesem Thema auf dem 18. Deutschen Soziologentag im Oktober 1976 in Bielefeld zu den Oberthemen: "Soziologische Theorieansätze und ihre Relevanz für die Sozialpolitik" sowie "Empirische Sozialforschung zur Unterstützung der Sozialpolitik" gehalten wurden. Zum Teil sind die Ausführungen abgedruckt in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband, 19, Opladen 1977 (im folgenden zit. als: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1979)
- 13) Vgl.: Badura, B., Gross, P., Sozialpolitische Perspektiven, 1976, S. 38 ff.
- 14) Vgl.: Ferber, Chr.v., Soziologie und Sozialpolitik, in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 15 ff.
Vgl.: Gross, P., Badura, B., Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik; KZfSS-Sonderband 1977, S. 361-385, insbes. S. 364 ff.
Vgl.: Hill, M., Understanding Social Policy, Oxford 1980, S. 14 ff., 137 ff.
- 15) Vgl. allgemein zur Problematik des Verhältnisses von Soziologie und Politik: Mayntz, R., Soziologisches Wissen und politisches Handeln, Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 6, Genf 1980, S. 309-320 sowie: Hartmann, H., Gesellschaftliche Bedingungen der angewandten Organisationssoziologie, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 477-512.
Vgl.: Badura, B., Soziologie und Sozialpolitik, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 93-106.

- 16) Vgl.: Kaufmann, F.-X., Sozialpolitisches Erkenntnisinteresse und Soziologie, in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 37 ff.
- 17) Vgl.: Giesen, B., Drogenproblem und Sozialpolitik. Zur praktischen Heuristik soziologischer Theorien, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982. S. 135-157 (im folgenden zit. als: Giesen, B., Drogenproblem und Sozialpolitik).
- 18) Vgl.: Ferber, Chr.v., Soziologie und Sozialpolitik, in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 15 ff.
Giesen, B., Drogenproblem und Sozialpolitik S. 135-157.
- 19) Vgl.: Parsons, T., Das Problem des Strukturwandels: eine theoretische Skizze, in: Zapf, W. (Hrsg.), Theorien des sozialen Wandels, Köln 1971, S. 35-55.
- 20) Vgl.: Kaufmann, F.-X., Sozialpolitisches Erkenntnisinteresse und Soziologie, in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X., (Hrsg.) Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 61-69.
- 21) Vgl.: ebenda, S. 43 f.
- 22) Vgl.: Lenk, K., Politische Soziologie, Stuttgart etc. 1982, S. 19-21.
- 23) Vgl.: Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Bürgernahe Sozialpolitik, Frankfurt 1979, S. 20 (im folgenden zit. als: Kaufmann, F.-X., Bürgernahe Sozialpolitik).
- 24) Vgl.: Girschner, W., Das Verhältnis von Individuen und Organisation als entscheidungstheoretisches Problem - eine eindimensionale Analyse, in: Wöhler, K., Organisationsanalyse, Stuttgart 1978, S. 83-106.
- 25) Vgl.: Etzioni, A., Soziologie der Organisationen, Claessens, D. (Hrsg.), Grundfragen der Soziologie, Bd. 12, 4. Auflage, München 1973, S. 12 ff. (im folgenden zit. als: Etzioni, A., Soziologie der Organisationen).
- 26) Vgl.: Kaufmann, F.-X., Soziologie und Sozialpolitik, in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 67.
- 27) Vgl.: Garlichs, D., Politikformulierung und Implementierung im föderativen Staat, in: Mayntz, R. (Hrsg.), Implementation politischer Programme, Empirische Forschungs-

berichte, Königstein 1980, S. 20-35. Vgl.: Mayntz, R., Soziologie der öffentlichen Verwaltung, Heidelberg 1978, S. 82-106.

- 28) Vgl.: Marrett, C. E., On the specification of interorganizational dimensions, in: Sociology and Social Research 56/1971, S. 83-99.
- 29) Vgl.: Bauer, R., Wohlfahrtsverbände in der Bundesrepublik, Weinheim 1978, Vgl.: Heinze, R., Olk, Th., Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion, in: KZfSS 33/ 1981, S. 94-114.
- 30) Vgl.: Scharpf, F., Reissert, B., Schnabel, F., Politikverflechtung: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik, Kronberg 1976.
- 31) Vgl.: Grunow, D., Interorganisationsbeziehungen im Implementationsfeld und ihre Auswirkungen auf die Umsetzung und die Zielrichtung politischer Programme, in: Mayntz, R. (Hrsg.), Implementation politischer Programme II, Op-laden 1983, S. 144 ff.
- 33) Vgl.: Grunow, D., Hegner, F., Überlegungen zur System-Umwelt-Problematik anhand der Analyse des Verhältnisses zwischen Organisation und Publikum, in: Zeitschrift für Soziologie, 1. Jg. 1972, Heft 3, S. 209-224, hier S. 211 f., Vgl.: Kaufmann, F.-X., Sozialpolitisches Erkenntnisinteresse und Soziologie, in: Ferber, Chr. v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 65 ff.
- 34) Vgl.: Etzioni, A., Soziologie der Organisationen, S. 147 ff.
- 35) Vgl.: Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Art. 1-3
- 36) Vgl.: Bundessozialhilfegesetz: 'Recht auf Hilfe in individuellen Notlagen'; 'Recht auf Hilfe zum Lebensunterhalt'.
- 37) Vgl.: Flamm, F., Sozialwesen und Sozialarbeit in der Bundesrepublik Deutschland, Petersen, K. (Hrsg.), Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Schrift 250, 2. Auflage, Frankfurt 1976, S. 8 f.
- 38) Witterstein, H., Leitbilder und Zielsysteme der Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Sanmann, H. (Hrsg.), Leitbilder der Sozialpolitik, Berlin 1973, S. 77-101.

- 39) Z.B.: Handlungsparameter der Medizin sind die an der Gesundheit festgemachten Handlungsgrößen; in der Rechtswissenschaft bestimmt die Rechtmäßigkeit die Handlungsparameter.
Vgl.: Bellebaum, A., Soziologie der modernen Gesellschaft, 2. Auflage, Hamburg 1978, S. 93-101.

- 40) Vgl.: Giesen, B. Moralische Unternehmer, S. 231-235.

- 41) Zur Querschnittanalyse als einer Methode der Datengewinnung vgl. z.B.: Büschges, G., Lütke-Bornefeld, P., Praktische Organisationsforschung, Hamburg 1977, S. 205 f.

- 42) Vgl.: Mayntz, R., Ziegler, R., Soziologie der Organisation, in: König, R. (Hrsg.), Organisation, Militär. Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 9, 2. Auflage, Stuttgart 1977, S. 2-10 (im folgenden zit. als Mayntz, R., Ziegler, R., Organisation, Militär).

- 43) Zur aktorzentrierten Interorganisationsanalyse (Organization-Set)
Vgl.: Evan, W.M., The Organization-Set: Toward a Theory of Interorganizational Relations, in: Thompson, J.D., Approaches to organizational design, Pittsburgh, PA 1966, S. 174-191.
Vgl.: Schenk, M., Das Konzept des sozialen Netzwerkes, in: Neidhardt, F. (Hrsg.) Gruppensoziologie, KZfSS-Sonderband 25/1983, S. 88-104,
Vgl.: derselbe, Soziale Netzwerke und Kommunikation, Tübingen 1984, S. 177-186, 244-269.
Vgl.: Kähler, D., Das Konzept des sozialen Netzwerkes: Eine Einführung in die Literatur, in: Zeitschrift für Soziologie (ZfS), Jg. 4, Heft 3, 1975, S. 283-290.
Vgl.: Tichy, N., Frombrun, Ch., Network analysis in organizational settings, in: Human Relations 32/ 1979, S. 923-965.

- 44) Vgl.: Mayntz, R., Soziologie der öffentlichen Verwaltung, Karlsruhe 1978, S. 82-84; Vgl.: Metcalf, J.L., System Models-Economic-Models and the Causal-Texture of Organizational Environments. An Approach to Macro-Organisations-Theory, Human Relations 27, 1974, S. 639-663.

- 45) Vgl.: Wöhler, K.-H., Interorganisationsbeziehungen - eine systemtheoretische Rekonstruktion, in: derselbe (Hrsg.), Organisationsanalyse, Stuttgart 1978, S. 54-67.
Vgl.: Friedrich, J., Sens, E., Systemtheorie und Theorie der Gesellschaft, in: KZfSS, 28, 1976, S. 27-47.
Vgl.: Mayntz, R., Ziegler, R., Soziologie der Organisationen, in: Organisation, Militär, S. 19 f.

- 46) Vgl.: Mayntz, R., Ziegler, R., Organisation, Militär, S. 12-15.
Vgl.: Frew, R., Ritsert, J., Stracke, E., Systemtheoretische Ansätze in der Soziologie. Eine kritische Analyse, Ham-

burg 1973, S. 12-16, 19 f.

Vgl.: Hill, W., u.a., Organisationslehre, Bd. 1, Stuttgart 1974, S. 21 ff.

Vgl.: Büschges, G., Lütke-Bornefeld, P., Praktische Organisationsforschung, Hamburg 1977, S. 112 ff.

- 47) Vgl.: Prewé, R., Ritsert, J., Stracke, E., Systemtheoretische Ansätze in der Soziologie. Eine kritische Analyse, Hamburg 1973, S. 11, 36-48.
Vgl.: Kieser, A., Kubicek, H., Organisationstheorien II, Stuttgart 1978, S. 77-83.
Vgl.: Pfeiffer, D.-K., Organisationssoziologie, Mainz 1976, S. 34-37.
- 48) Vgl.: Luhmann, N., Funktionen und Folgen formaler Organisationen, Berlin 1964, S. 25, 108.
Vgl.: Pfeiffer, D.-K., Organisationssoziologie, Mainz 1976, S. 76.
- 49) Vgl.: Mayntz, R., Soziologie der öffentlichen Verwaltung, Karlsruhe 1978, S. 83 ff;
Vgl.: Mayntz, R., Implementation politischer Programme, Königstein 1980, S. 8 f.
- 50) Vgl.: Mayntz, R., Ziegler, R., Organisation, Militär, S. 23 ff., 31 ff.
- 51) Zur Abgrenzung von Programmformulierung und -implementierung:
Jann, W., Staatliche Programme und 'Verwaltungskultur', Opladen 1983, S. 42 f.
- 52) Zur genaueren Bestimmung des Systeminputs Vgl.:
Jann, W., Staatliche Programme und 'Verwaltungskultur', Opladen 1983, S. 44-46 (im folgenden zit. als: Jann, W., Staatliche Programme).
- 53) Zum Konzept des 'Politisch-administrativen Systems'
Vgl.: Scharpf, F., u.a., Politische Durchsetzbarkeit innerer Reformen, Göttingen 1974, S. 4 ff.
Vgl.: Mayntz, R., Soziologie der öffentlichen Verwaltung, Karlsruhe 1978, S. 33 f.
- 54) Das Modell des 'Politisch-administrativen Systems' thematisiert die im System zusammengefaßten Elemente unter dem Aspekt der Erfüllung bestimmter Aufgabenkategorien, die das System für bestimmte gesellschaftliche Teilbereiche bzw. für das Gesellschaftssystem als großes Ganzes zu leisten hat.
Neben den formalen Aufgaben und Funktionen bei der Politikformulierung und -implementierung werden auch die informellen Strukturen, Prozesse, Einstellungen und Interdependenzen berücksichtigt. Der Prozeß der Aufgabenerfüllung innerhalb des 'Politisch-administrativen-

Systems' wird dabei als ein mehrstufiger, wechselseitig aufeinander bezogener Input-Output-Prozeß interpretiert, wobei der Output einer jeden Phase zum Input einer nächst höheren Phase wird; es wird dabei unterstellt, daß mit jeder Phase des politisch-administrativen Bearbeitungsprozesses jeweils unterschiedliche Akteure mit heterogenen Interessen in den politischen Prozeß eingreifen und versuchen, diesen zu ihren Gunsten zu beeinflussen.

- 55) Die Einbeziehung von Elementen des Politisch-administrativen-Systems in das Konzept des organisatorischen Makrosystems erfolgt dabei sachbereichs- und programmspezifisch; die Akteurstruktur ist damit um einen bestimmten Organisationszweck gruppiert.
- 56) Vgl.: Jann, W., Staatliche Programme S. 46-48.
Vgl.: Kaufmann, F.-X., Sozialpolitisches Erkenntnisinteresse und Soziologie, in: Ferber, Chr.v., Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 1977, S. 64-66.
- 57) Vgl.: Hellstern, G.M., Wollmann, H., Wirkungsanalysen: Eine neue Variante wissenschaftlicher Politikberatung, in: Transfers Nr. 4, Planung in öffentlicher Hand, Opladen 1977, S. 157-168;

Vgl.: Derlien, H.-U., Theoretische und methodische Probleme bei der Beurteilung organisatorischer Effizienz der öffentlichen Verwaltung, in: Die Verwaltung 7/74,

F u ß n o t e n u n d A n m e r k u n g e n

Kapitel II: Drogenkonsum und Drogenpolitik: Eine
problemorientierte Einführung.

Kapitel II: Drogenkonsum und Drogenpolitik: Eine problemorientierte Einführung

- 1) Vgl.: Schmidtbauer, W., Scheidt v., J.: Handbuch der Rauschdrogen, München 1971, S. 168-190
Vgl.: Reubrand, K.-H.: Rauschmittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland, in: Völger, G. Weck v.K. (Hrsg.), Rausch und Realität, Bd. 3, Köln 1981, S. 1040-1051
Vgl.: Meudt, V.: Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Kutsch, Th., Wiswede, G. (Hrsg.): Drogenkonsum: Einstieg, Abhängigkeit, Sucht, Königstein 1981, S. 195-215
Vgl.: Schäfer, H.: Der Rauschgiftmißbrauch aus (kriminal-) polizeilicher Sicht (Teil I), in: Die Polizei, 72.Jg. 1981, S. 108-114
Vgl.: Gerdes, K., Wolffersdorf-Ehlert, C.: Drogenszene: Suche nach der Gegenwart, Stuttgart 1974 vgl. auch: Tab.1 im Anhang dieser Arbeit

- 2) Vgl.: Hobi, V.: Das Drogenproblem bei Jugendlichen. Psychologische und sozialpsychologische Aspekte. Bern, Stuttgart, Wien 1973
Vgl.: Wetz, R., Jugendliche und Rauschmittel, in: Soziale Welt, 1972, S. 169-187.
Vgl.: Franke, M.: Gesundheit und Drogen als gesellschaftliches Problem. Beilage aus 'Politik und Zeitgeschichte' zur Wochenzeitung : 'Das Parlament' (1971), B 39/71
Vgl.: Thamm, B.G.: Volkswirtschaftliche Auswirkungen der Abhängigkeit von Betäubungsmitteln, Keup, W., (Hrsg.): Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 191-201.
Vgl.: Schrappé, O.: Über die Deprivation bei Süchtigen, in: Randzonen menschlichen Verhaltens. Festschrift für Bürger-Prinz, Stuttgart 1963
Vgl.: Maas, A., Schmidtobreik, B.: Suchterkrankungen als individueller und gesellschaftlicher Konflikt, Fenburg 1972.

- 3) Vgl.: König, R.: Über einige ethnologische Aspekte der Alten und Neuen Welt, in: Völger, G., Welck, v.K. (Hrsg.), Rausch und Realität, Bd. 1, Köln 1981, S. 26 ff.
Kreuzer, A.: Drogenmißbrauch und seine Bekämpfung, in: Suchtgefahren 1974, S. 206 ff.
Derselbe: Kriminologische, kriminalpolitische, und strafjustizielle Aspekte des Drogenwesens in der Bundesrepublik, in: Schäfer, H. (Hrsg.): Grundlagen der Kriminalistik, Bd.9, Hamburg 1972.
Derselbe: Das Drogenproblem und die Grundstrategien einer Drogenpolitik, in: Suchtgefahren, 1979, S. 97-113.
BT-Drucksache 7/620

- 4) Vgl.: Giesen, B.: Moralische Unternehmer, S. 231-235.
Vgl.: Ferber, Chr. v.: Drogen - eine offene Grenze in der Wohlstandsgesellschaft? - Eine sozialwissenschaftliche Analyse, in: Suchtgefahren 1/73, S. 1-7, insbes. S.1-4.
Vgl.: Giesen, B.: Die Gesellschaft als Konsument der Sucht, in: DHS (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Bd. 26, Hamm 1984, S. 125-133.

- 5) Vgl.: Nusselt, L.: Der soziale Niedergang des Süchtigen-Beeinflussung durch Art des Giftes, Mißbrauchsmuster und gesellschaftliche Einflüsse, in: Keup, W. (Hrsg.): Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 142-151.
Grüner, O., Turck, R.: Betrachtungen zur Kostenbelastung der Gesellschaft durch Suchtkranke, in: Keup, W. (Hrsg.): Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 220-231.
Kreuzer, A.: Ist der Fixer krank oder kriminell ? in: Die Zeit, Nr. 14, 28. März. 1980.
Möllhoff, G.: Folgen in der Gemeinschaft: Zur rechtlichen und sozialmedizinischen Beurteilungen von Suchterkrankungen -Frührentnertum, in: Keup, W.: (Hrsg.): Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 179-191.
Thamm, B. G.: Volkswirtschaftliche Auswirkungen der Abhängigkeit von Betäubungsmitteln, in: Keup, W.: (Hrsg.), Folgen d. Sucht, Stuttgart 1980, S. 191-201
Sommerhausen, C., Wann wird von einem Rauschgiftproblem gesprochen ?, in: Probleme im Gespräch, Bd. 3, Rauschmittel und Süchtigkeit, Studententagung des Gottlieb-Duttweiler-Instituts, Rüschlikon bei Zürich, Bern 1971.

- 6) Vgl.: Aktionprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs vom 12. November 1970 sowie vom 16. Januar 1980.

Dem Rauschgift den Kampf angesagt: Strafverschärfung, bessere Fahndung, mehr Beratungsstellen, Therapie, in: Das Parlament, 30. Jg. Nr. 7, 16. Februar 1980.

BT-Drucksache: 7/620; 8/3347; 8/200.

Kreuzer, A.: Das Drogenproblem und Grundstrategien einer Drogenpolitik, in: Suchtgefahren 25. Jg. 3/79, S. 97-113.

- 7) Vgl.: Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauches. Gemeinsame Erklärung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder sowie des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, ein 'Aktionsprogramm zur Verhütung und Eindämmung des Alkoholmißbrauches' durchzuführen.

BT-Drucksache 8/922 (Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität von Kindern und Jugendlichen)

- 8) Vgl. zum Bsp.: Spiegel-Report über Rauschgiftsucht, Heroin-Todeswelle und Therapieversuche: "Wie Babys, die gefüttert werden wollen", Der Spiegel Nr. 52/1978.

Vgl.: Wormser, R., Manifeste Inhalt und latente Vorurteile der Drogenberichterstattung. Eine Inhaltsanalyse Münchner Tageszeitungen, in: Reubrand, K.-H. (Hrsg.), Rauschmittelkonsum, Wiesbaden 1976, S. 113 ff.

Meudt, V., Drogen und Öffentlichkeit. Soziale Probleme, gesellschaftliche Konflikte und öffentliche Kommunikation, dargestellt am Beispiel der Drogenberichterstattung der Presse, München 1979.

Schenk, J., Massenmedien und Drogenkonsum. Das Beispiel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, in: Kutsch, Th., Wiswede, G. (Hg), Drogenkonsum, Einstieg, Abhängigkeit, Sucht, Königstein 1980, S. 161-177.

- 9) Vgl.: Giesen, B., Moralische Unternehmer, S. 237 f. Beispiels für eine magische Thematisierung des Drogenproblems, vgl.: 'Kommt jetzt das Zeitalter des Wassermanns?' sowie: 'Die Verschwörung des Wassermanns', beide Artikel entstammen der Zeitschrift: 'Krieg dem Rauschgift', 1. Jg. Nr. 1, 1980, S. 40-41, 45-52.
- 10) Vgl.: Giesen, B., Moralische Unternehmer, S. 238 f. Vgl.: BT-Drucksache 7/620 vom 24.5.1973; BT-Drucksache 8/3347 vom 9.11.79.
Schulz, H. Erscheinungsformen der Drogenkriminalität, in: Polizeiliche Drogenbekämpfung, Hrsg.: Bundeskriminalamt, Bd. 49, Wiesbaden 1981, S. 123-154.
Vgl.: Wartburg, W. F. v., Drogenmißbrauch und Gesetzgeber, Basel 1974, S. 368-376.
Kreuzer, A., Kriminologische, kriminalpolitische und strafjustizielle Aspekte des Drogenwesens in der Bundesrepublik, in: Schäfer, H. (Hrsg.), Grundlagen der Kriminalistik, Bd. 9, Hamburg 1972.
Rommney, G., Die Entwicklung der Gesetzgebung auf dem Gebiet der Drogengefährdung, DHS, (Hrsg.), Hamm 1972, S. 116-123.
Kreuzer, A., Kriminelle Karrieren Süchtiger, in: Petersohn, F., Weckert, H. K., Glöckner, J. (Hrsg.), Kriminologische Probleme des Alkohol- und Drogenmißbrauchs, Kriminologische Schriftenreihen, der Deutschen Kriminologischen Gesellschaft e. V., Bd. 80, Heidelberg 1982, S. 43-58.
- 11) Vgl.: Franke, M., Gesundheit und Drogen als gesellschaftliches Problem. Das Parlament, Beilage B39 vom 25.7.1971. Vgl.: Franke, M., Das Drogenproblem sozialhygienisch gesehen, Bonn 1975.
Eschor, F., Das Drogenproblem im Blick auf individuelle und gesellschaftliche Bedingungen, in: Drogen und Rauschmittelmisbrauch, in: DHS (Hrsg.), Hamm 1972, S. 63-70
- 12) Vgl.: Schräppe, O., Abhängigkeit - Symptom oder Krankheit, in: Keup, W. (Hrsg.), Sucht als Symptom, Stuttgart 1978, S. 29-37.
Wanke, K., Prävention, Therapie und Rehabilitation bei Mißbrauch und Sucht Jugendlicher und Heranwachsender, in: Steinbrecher, W., Solms, H. (Hrsg.), Sucht und Mißbrauch, 2. Auflage, Stuttgart 1975, S. III/64-III/73.
Vgl.: Giesen, B., Moralische Unternehmer, S. 239f.
- 13) Vgl.: BMJFG (Hrsg.), Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs von 1970 und 1980.
Vgl.: Kreuzer, A., Das Drogenproblem und Grundstrategien einer Drogenpolitik, in: Suchtgefahren 3/1979, S. 97-113.
Vgl.: Plenarprotokoll 8/200 vom 25.1.1980.
Blum, R. H., et. al., Society and Drugs, San Francisco, Washington, London 1974.

- 14) Vgl.: Kreuzer, A., Ist der Fixer krank oder kriminell? Die Zeit, Nr.14, 1980.
- 15) Vgl.: Anhang 6, BMJFG, Fernschreiben an die Landesbehörden vom 21.9.1971, Bonn.
- 16) Vgl.: Bossonq, H., Die Emanzipation von Klienten. Kommunale Drogenpolitik als Konflikt (1), in: derselbe, Marzahn, Chr., Scheerer, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S.39-54
- 17) Vgl.: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, IFT-Texte 4, München 1981, S. 44-57 (im folgenden zitiert als: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen).
Vgl.: Raschke, F., Schliehe, F., Das Instrument der Modelleinrichtung als Problem der vertikalen Politikverflechtung zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene, in: Kaufmann, F.-X., Bürgernahe Sozialpolitik, S.139-166.
- 18) Im Gegensatz zur amerikanischen Praxis existieren in der Bundesrepublik keine ausschließlich auf Drogen- bzw. Suchtforschung spezialisierte und institutionalisierte Forschungseinrichtungen. Die Nachfrage nach Drogenforschung scheint hierzulande wesentlich von dem politischen Handlungsdruck abzuhängen.
Die Drogenforschung in der Bundesrepublik ist zeitlich und personell befristet und wird, je nach Situation, von bestimmten wissenschaftlichen Disziplinen übernommen und an deren speziellen Erkenntnisinteressen orientiert, d.h. sie ist situations- und themenspezifisch. Die hierzulande geleitete 'Drogenforschung' beschränkt sich bislang im Großen und Ganzen auf die Begleitstudien zu den 'Modellförderungsprogrammen des Bundes', die von der psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Institutes in München im Auftrag des BMJFG durchgeführt werden. Darüber hinaus setzte sich das Deutsche Jugendinstitut, ebenfalls im Auftrage des BMJFG, vorwiegend mit den Fragen zur Drogenkriminalität Jugendlicher und junger Erwachsener auseinander. Diese Art der 'Wissensproduktion' unterliegt damit keinem kontinuierlichen und vorhandene Wissensbestände systematisch nutzenden Forschungsprozeß.
- 19) Vgl.: Anhang 7, BMJFG (Hrsg.), Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben.
- 20) Vgl. z.B.: Herz, A., Bläsing, J., Die Opiatsucht : Neue Forschungsperspektiven, in: Der Nervenarzt 50, 1979, S.205-211.
Vgl.: Jong, R.L., Bühringer, G., Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung Dro-

genabhängiger, IFT Texte 1, München 1978.

Vgl.: Plazz, J.J., Labate, Ch., Heroin Addiction. Theory, Research and Treatment, New York 1976, S.204-259.

- 21) Vgl. z.B.: Reubrandt, K.-H., Jugend und Alkoholkonsum. Hamburger Schülerbefragung im Trendvergleich, in: Neue Praxis, 7, Köln, 1977, Seite 242-251.
Vgl.: Jasinsky, M., Rauschmittelkonsum Hamburger Schüler, 2. Repräsentativerhebung an Hamburger Schülern, in: Staatliche Fressestelle (Hrsg.), Berichte und Dokumente Nr. 387, Hamburg 1973.
Vgl.: Skarabis, H., Becker, B., Epidemiologische Untersuchung zur Schätzung des Umfangs und der Sozialstruktur der Heroinszene in Berlin (West); unveröffentl. Zwischenbericht an der Freien Universität Berlin, 1979.
Vgl.: Jungjohan, E., u.a., Drogen-Report-Essen. Beitrag zur Epidemiologie des Drogengebrauchs unter Jugendlichen, in: Praxis der Kinderpsychiatrie, Heft 3, April 1973.
- 22) Vgl.: Giesen, B., Drogenproblem und Sozialpolitik. S.147-157.
- 23) Kreuzer, A., Jugend, Rauschdrogen, Kriminalität, Wiesbaden 1978, S.77-100, 116-131.
Bauer, G., Rauschgift, Lübeck 1972, S.201-239, BT-Drucksache 8/3347 (Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität) vom 9.11.79.
Kreuzer, A., Kriminologische, kriminalpolitische und strafjustizielle Aspekte des Drogenwesens in der Bundesrepublik, in: Schäfer, H. (Hrsg.), Grundlagen der Kriminalistik, Bd. 9, Hamburg 1972.
- 24) Scheerer, S., Ordnungspolitik gegen Fixer: mögliche Nebenwirkungen Tod?, in: Bossong, H., Marzahn, Chr., Scheerer, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 14-27 (im folgenden zit. als: Bossong, H. (Hrsg.), Sucht und Ordnung).
Scheerer, S., Drogentherapie und Grundgesetz, in: Bossong, H. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, S.84-96.
BT-Drucksache 10/843. (Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts, insb. S. 25-37.) vom 23.12.1983.
BT-Drucksache 8/200 vom 25.1.1980.
Vgl.: Stein-Hilbers, M., Was passiert mit Fixern? Strategien der Drogenpolitik, in: Arbeitskreis junger Kriminologen (Hrsg.), Kriminologisches Journal, 12.Jg. 1980, S. 17-34
Koppel, S., Scheerer, S., Das Fiasko der deutschen Drogenpolitik, in: Arbeitskreis junger Kriminologen, Kriminologisches Journal, 12.Jg. 1980, S. 46-58.
- 25) Vgl.: Bossong, H., Die Emanzipation von Klienten. Kommunale Drogenpolitik als Konflikt, in: derselbe (Hrsg.), Sucht und Ordnung, S. 39-54
Raschke, P., Schlieke, F., Das Instrument der Modelleinrichtung als Problem der vertikalen Politikverflechtung

zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene, in: Kaufmann, F.-X., Bürgernahe Sozialpolitik, S. 144 ff.

- 26) Vgl.: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapierichtungen, S.6-43,
Feser, H., Drogenerziehung - Handbuch für pädagogische und soziale Berufe, Eltern, Studenten, 2. Auflage, Ulm 1981.
Hughes, P., WHO-Programme zur Heroinsucht. Evaluation und Resultate, in: Ladewig, D. (Hrsg.), Drogen und Alkohol, Basel 1980, S.128-100.
Feuerlein, W., Auswertung und Ergebnisse von Behandlungsprogrammen bei Alkoholismus, in: Ladewig, D. (Hrsg.), Drogen und Alkohol, Basel 1980, S.101- 115.

F u ß n o t e n u n d A n m e r k u n g e n

Kapitel III: Das organisatorische Makrosystem in der
Drogenpolitik.

Kapitel III: Das organisatorische Makrosystem in der Drogenpolitik

1) Art. 71 GG (Ausschließliche Gesetzgebung des Bundes):

"Im Bereiche der ausschließlichen Gesetzgebung des Bundes haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung nur, wenn und soweit sie hierzu in einem Bundesgesetz ausdrücklich ermächtigt werden."

Art. 73 GG. (Gegenstand der ausschließlichen Gesetzgebung):

"Der Bund hat die ausschließliche Gesetzgebung über:
1. die auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung;
...

5. die Einheit des Zoll- und Handelsgebietes, (...)
einschließlich des Zoll- und Grenzschutzes;
...

10. die Zusammenarbeit des Bundes und der Länder
a. in der Kriminalpolizei
(...)

sowie die Einrichtung eines Bundeskriminalamtes und die internationale Verbrechensbekämpfung.

11. die Statistik für Bundeszwecke

2) Art. 72 GG (Konkurrierende Gesetzgebung)

"(1) Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht.

(2) Der Bund hat in diesem Bereich das Gesetzgebungsrecht, soweit ein Bedürfnis nach bundeseinheitlicher Regelung besteht, weil

1. eine Angelegenheit durch die Gesetzgebung einzelner Länder nicht wirksam geregelt werden kann oder
2. die Regelung einer Angelegenheit durch ein Landesgesetz die Interessen anderer Länder oder die Gesamtheit beeinträchtigen könnte oder
3. die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit, insbesondere die Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse über das Gebiet eines Landes hinaus sie erfordert.

Art. 74 GG (Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung)

Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgenden Gebiete:

1. das bürgerliche Recht, das Strafrecht und den Strafvollzug, (...);
(...)

9. die öffentliche Fürsorge
(...)

19. die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, den Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften (...)

- 4) Vgl.: Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs vom 16. Januar 1980, S. 3 f. (im folgenden zitiert als Aktionsprogramm 1980).
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P1'.
- 5) Da der Bund im Gegensatz zu den Ländern nicht über einen eigenen organisatorischen Unterbau zur Implementation von Gesetzesvorschriften verfügt, d.h. auf die Länder als Implementationsträger angewiesen ist, kann der Bund de facto lediglich über die Rahmengesetze auf die Drogenpolitik programmatisch einwirken. Zur konkreten Anwendung der Rahmengesetze bedarf es i.d.R. noch der detaillierten Ausführungsbestimmungen der Länder.
- 6) Maßnahmen zur repressiven Bekämpfung der Drogenkriminalität werden über den Haushalt des BMI finanziert. Die für die Drogenbekämpfung aufgewendeten Ausgaben werden dabei jedoch nicht explizit angewiesen.
- 7) Vgl.: Einzelhaushaltsplan 15 des Bundeshaushalts
- 8) In der DHS haben sich die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfegruppen, Abstinenzverbände und Fachverbände zur ambulanten Suchtkrankenhilfe zusammengeschlossen. Indem das BMJFG die DHS mit ca. 750.000 DM/Jahr bezuschußt (Personalkostenzuschuß), unterstützt das BMJFG indirekt über die DHS auch die Selbsthilfeorganisationen. Das BMJFG bestimmt jedoch mit der personellen Besetzung die Geschäftsführung der DHS. (Ausführlicher hierzu, vgl.: III.1.2.2.)
- 9) Vgl.: Reissert, B., Die finanzielle Beteiligung des Bundes an Aufgaben der Länder und das Postulat der "Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet", in: Schriftenreihe des Vereins für Verwaltungsreform und Verwaltungsforschung e.v., Bonn 1975.
- 10) Zum Teil werden diese Aufgaben im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung auch an die zuständigen Länderressorts zur administrativen Bearbeitung delegiert. Die Landesverwaltungen sammeln und verarbeiten die Informationen und leiten sie aufbereitet an das BMJFG (vgl.: ausführlicher III.2.1.).

11)

Häufigkeit von Rauschgiftdelikten in den Ländern des Bundes.

Land	Bevölkerung 1982 in 1000	Rauschgiftdelikte pro 10000 Einwohner	
		N	
Saarland	1.060,5	1.019	9,6
Schlesw.-Holstein	2.619,5	1.383	5,3
Bremen	688,8	2.026	29,4
Hamburg	1.630,6	2.712	16,6
Berlin	1.879,3	3.862	20,6
Rheinland-Pfalz	3.639,1	3.863	10,6
Niedersachsen	7.262,5	4.878	6,7
Bayern	10.962,4	6.369	5,8
Hessen	5.606,5	7.430	13,3
Baden-Württemberg	9.280,8	9.913	10,7
Nordrh.-Westf.	17.007,5	20.287	11,9
Summe	61.657,6	63.742	10,3

Tab. 7 : Quelle Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren
1985, S. 64

Vgl. hierzu auch: Aktionsprogramm 1980, S. 5 f.

- 12) Vgl. z.B.: Das Landesprogramm zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs in Nordrhein-Westfalen, Hrsg.: Landesregierung von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1980;

Aktionsprogramm der Niedersächsischen Landesregierung gegen den Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten, Rauschdrogen, Hrsg: Niedersächsischer Sozialminister, Hannover 1983;

Hessisches Programm zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs, Hrsg. Hessische Landesregierung, 1980 Hessisches Programm zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs, Fortschreibung 1983, Hrsg: Der Hessische Sozialminister, Wiesbaden 1983;

Suchtbekämpfungsprogramm, Aktionsprogramm der bayrischen Staatsregierung vom 30. September 1980, Hrsg. Bayrisches Staatsministerium des Inneren, München 1980 Suchtbekämpfung in Bayern. 13. Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs, 1. Mai 1983, München (o.J.),

Maßnahmen gegen den Drogenmißbrauch, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/1715 vom 04.12.1979

Vierter Drogenbericht, Unterrichtung durch die Landesregierung Rheinland-Pfalz, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/845 vom 31.07.1984, Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Rheinland-Pfalz, Bericht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Umwelt, Mainz 1979;

Landesprogramm gegen den Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Baden-Württemberg, Hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Stuttgart 1980.

- 13) Die Zuständigkeit der Kultusministerien zur Drogenpolitik beschränkt sich auf den Bereich der Suchtprävention im schulischen Bereich. Sämtliche Maßnahmen zur Suchtprophylaxe in der Schule, insbesondere die Schulung und der Einsatz von sogenannten Drogenberatungslehrern, sind mit dem Kultusministerien abzustimmen. Die Kultusminister der Länder arbeiten aus diesem Grunde auch sehr eng mit der BZGA zusammen, die im Auftrag des Bundes u.a. auch die Konzepte zur Suchtprävention entwickelt und durchführt.
- 14) Eine Ausnahme von dieser Regelung macht hier lediglich ein einziges Bundesland, wo es die Stelle des Drogenbeauftragten nicht gibt. Die Funktionen eines Drogenbeauftragten übernehmen hier vielmehr der Vorsitzende der interministeriellen Arbeitsgruppe und ein Vertreter des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung gemeinsam; beide gehören dem Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten an.
- 15) Bis zur Schaffung der Stelle des Drogenbeauftragten waren die Zuständigkeiten bei der Problembearbeitung zwischen den Ressorts nicht eindeutig gegeneinander abgegrenzt. Die funktionale Spezialisierung bei der Problembearbeitung durch Schaffung der Stelle des Drogenbeauftragten wirkte der weiteren Differenzierung der Problembearbeitung entgegen und reduzierte die Anzahl der mit der Problembearbeitung befaßten Akteure. Sowohl durch die Verminderung der Anzahl der Entscheidungsträger als auch durch die Verminderung der Entscheidungsalternativen im Rahmen einer negativen Koordination bei der Problembearbeitung (Feststellung der Nicht-Zuständigkeit von Handlungsträgern) konzentrierte sich die Problembearbeitung auf die Person des Drogenbeauftragten. Vgl.: Scharpf, F., u.a., Politikverflechtung, Kronberg 1976, S. 58 ff; Mayntz, R., Soziologie der öffentlichen Verwaltung, S. 84 ff, 103 f; Häußermann, R., Die Politik der Bürokratie, Frankfurt 1977, S. 45 ff, 144 ff.
- 16) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P5'.
- 17) Beispiel eines Flächenstaates: Seit 1971 gibt es hier den Drogenbeauftragten. Die Stelle des Drogenbeauftragten ist seitdem beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales angesiedelt. Von 1971 bis 1978 gehörte der Drogenbeauftragte dem Referat: 'Gesundheitsberatung' an, welches sich mit allgemeinen Fragen der Jugend- und Gesundheitspolitik beschäftigte und von einer Ärztin geleitet wurde. Der Drogenbeauftragte erfüllte Stabsfunktionen und war nicht hierarchisch eingebunden; er war nur gegenüber dem Minister verpflichtet. Seit 1979 sind die Aktivitäten des Drogenbeauftragten in einem eigenen Referat: 'Suchtbekämpfung und Gesundheitserziehung' zusammengefaßt und in den hierarchischen Behördenaufbau eingebunden worden. Der Drogenbeauftragte steht dem Referat als Referatsleiter vor, ihm ist ein Mitarbeiter-

stab unterstellt. Mit der hierarchischen Anbindung wird der Drogenbeauftragte auf die Einhaltung von Dienstwegen und Verwaltungsvorschriften verpflichtet.
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P5'.

- 18) Beispiel eines Stadtstaates: Der Drogenbeauftragte ist bei der Gesundheitsbehörde des Senats angesiedelt. Von 1971 bis 1983 war die Stelle jedoch bei keinem Referat der Gesundheitsbehörde untergebracht, sondern der Drogenbeauftragte war in der Position einer Art "freien Mitarbeiters" dem Gesundheitssenator als Berater direkt zugewiesen. In dieser Stabsfunktion war der Drogenbeauftragte nicht in dem hierarchischen Aufbau der Senatsverwaltung untergebracht. Seit 1983 ist er jedoch mit einem eigenen Referat: 'Koordinierungsstelle für Rauschmittelfragen' auch hierarchisch in die Gesundheitsbehörde eingebunden. Der Drogenbeauftragte ist damit auch dienstrechtlich dem Senator der Gesundheitsbehörde unterstellt. Er ist zur Einhaltung des Dienstweges verpflichtet; er besitzt keine Weisungsbefugnisse.
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P7'.

- 19) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P2'.

- 20) Mitte der 70er Jahre erschienen unmittelbar nacheinander sowohl im "Spiegel" als auch im "Stern" zwei ausführliche Reportagen über den Alkoholmißbrauch. Die Problematik des Alkoholkonsums stand plötzlich im Zentrum der öffentlichen Diskussion. Der politische Handlungsdruck wurde so groß, daß Bund und Länder mit einem 'Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauches' (1975) darauf reagierten.
vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P2'.

- 21) Die Akzentverschiebung in der öffentlichen Diskussion - von dem illegalen Drogenmißbrauch zu einer stärkeren Problematisierung des Alkohol- und Medikamentenkonsums - fällt zusammen mit einer Veränderung des Erklärungsansatzes zur Suchtgenese: Es wurden nicht mehr nur gesellschaftliche Bedingungen zur Erklärung des Drogenmißbrauchs herangezogen, sondern es wurde verstärkt auf das individualisierende Krankheitsmodell zurückgegriffen, d.h. die z.T. sehr gesellschaftskritisch geführte Diskussion um den illegalen Drogenkonsum verebbte mit zunehmender Individualisierung der Suchterkrankung. Diese Änderung der Problemeinsicht entsprach der Trendwende in der 'Politischen Großwetterlage', wonach von einer stärkeren Betonung der sozialen Mitverantwortung auf eine Hervorhebung der individuellen Verantwortlichkeit umgeschwenkt wurde.
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P2'.

- 22) Z.B.: mit den kommunalen Spitzenverbänden (Deutsche Städte - und Landkreistag), Landesverbänden der Träger Freier Wohlfahrtspflege, Landschaftsverbänden, Regierungspräsidien, Landesversicherungsanstalten, Kranken-

kassen, Ärzte- und Apothekenkammern, Arbeitsgemeinschaften der leitenden Medizinalbeamten in den Ländern, Institutionen zur Gesundheitserziehung in den Ländern (z.B. 'idis' in NRW), Aktion Jugendschutz etc.

23) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P5'.

24) Beispiel eines Stadtstaates: Dem Vorstand der Landesstelle gegen Suchtgefahren (Zusammenschluß der Freien Träger, der Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbänden) gehören neben den Vertretern der Freien Trägerorganisationen als stimmberechtigte Mitglieder an: der Drogenbeauftragte als Vertreter der Gesundheitsbehörde, ein Vertreter der Behörde für Arbeit, Jugend und Soziales sowie ein Senator a.D. der Gesundheitsbehörde. Die Landesstelle wird in Höhe ihrer Personal- und Sachkosten mit ca. 155.000 DM/Jahr durch die Behörde für Arbeit, Jugend und Soziales finanziell getragen. Im Gegensatz dazu

Beispiel eines Flächenstaates: Der Drogenbeauftragte nimmt an den Sitzungen des Vorstandes als nicht stimmberechtigtes Mitglied teil. Als 'Sachkundige Einzelpersonlichkeit' arbeitet der Drogenbeauftragte in den verschiedenen Arbeitsgruppen der Landesstelle mit. Die Landesstelle wird mit ca. 145.000 DM/Jahr durch den Sozialminister finanziert, dies entspricht ca. 76 % des gesamten Finanzbedarfs der Landesstelle.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P6', 'P7'.

25) Diese Situation hat sich jedoch bislang erst in einem Bundesland durchsetzen können: 1982 löste sich die Landesstelle gegen Suchtgefahren wegen interner Unstimmigkeiten auf. Zur Sicherstellung der Zusammenarbeit zwischen dem Land als dem öffentlichen Träger der Drogenpolitik und den Freien Trägerorganisationen in der Drogenarbeit wurde auf Initiative des Drogenbeauftragten der 'Landesfachbeirat Drogen und Sucht' beim Gesundheitsminister gegründet; die Geschäftsführung wurde dem Drogenbeauftragten übertragen. Im Landesbeirat sind die nicht-behördlichen Träger der Drogenpolitik organisiert.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P5'.

26) Hierzu das Beispiel eines Stadtstaates, der sich im Vergleich zu anderen Bundesländern und Stadtstaaten durch einen erhöhten Problemdruck auszeichnet: Das Referat des Drogenbeauftragten erhält durch den Senat jährliche Etatzuwendungen, über deren Verwendung der Drogenbeauftragte eigenverantwortlich entscheiden kann. Mit seinen finanzpolitischen Entscheidungen bestimmt dieser dann selbständig über die Schwerpunktsetzung bei der Eindämmung und Verhütung des illegalen Drogenkonsums (die legale Drogenproblematik wird hier nicht vom Drogenbeauftragten, sondern von der Gesundheitsbehörde bearbeitet). Diese Regelung ist jedoch einzigartig und muß im Zusammenhang gesehen werden mit dem erhöhten Problemdruck in diesem Stadtstaat. Von den 1981 auf ca. 80.000 geschätzten harten Drogenkonsumenten in der Bundesrepublik ge-

hörten 10% allein der dortigen Szene an,
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P7'.

- 27) Vgl.: Anhang 6: BMJFG, Fernschreiben des Bundesgesundheitsministers an die Landesbehörden vom 21.9.1971,
- 28) Bis auf zwei Ausnahmen konnten die Drogenbeauftragten ihre Handlungskompetenz ausweiten; Eine Trennung der Problembearbeitung nach Art der Sucht gibt es noch in zwei Stadtstaaten:

Im ersten Fall ist das Referat des Drogenbeauftragten auf Senatsebene zuständig für die illegale Drogenproblematik, den Arzneimittelmißbrauch sowie für die stoffgebundenen Süchte (z.B. Spielsucht); die letzte Verantwortung für diesen Aufgabenbereich trägt der Senator der Gesundheitsbehörde. Die gesamte Alkoholproblematik fällt hingegen in die Zuständigkeit der Behörde für Arbeit, Jugend und Soziales. Darüber hinaus verwaltet die Behörde den gesamten Etat, der vom Senat zur Eindämmung und Verhütung der Süchte bereitgehalten wird, d.h. auch für die durch den Drogenbeauftragten im Auftrag der Gesundheitsbehörde initiierten Maßnahmen übernimmt die Behörde die Finanzierung und Kontrolle. Die Trennung der Problembearbeitung nach Art der Sucht setzt sich bis in die lokale Ebene fort; auf Bundesebene vertritt der Drogenbeauftragte (im Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten) die gesamte Suchtproblematik (legale, illegale bzw. stoffgebundene Süchte).

Im zweiten Fall ist die Zuständigkeit des Drogenbeauftragten ebenfalls auf den illegalen Drogenmißbrauch begrenzt; Alkohol- und Medikamentenmißbrauch fallen in die Zuständigkeit der Gesundheitsbehörde. Auf Bundesebene vertritt der Drogenbeauftragte im ständigen Arbeitskreis den gesamten Suchtbereich.
vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P7'

- 29) Die finanziellen Belastungen der Gemeinden aus der Durchführung kommunaler Drogenpolitik sind weder mit einem Gesamtkostenaufwand zu veranschlagen, noch lassen sich die Kostenbestandteile explizieren, da insbesondere die im Rahmen der Sozialhilfe gewährten Hilfen nicht nach Art der Verursachungsfaktoren differenziert ausgewiesen werden (z.B. als Folgekosten aus dem Rauschmittelmißbrauch).

Kosten entstehen für die Gemeinden hauptsächlich in den Bereichen

- der Einrichtung und Unterhaltung von Suchtberatungs- und -behandlungsstellen: Die jährlichen Kosten zum Unterhalt einer Einrichtung belaufen sich im Durchschnitt auf ca. 280.000 DM (vgl.: EBIS - Berichte, Bd. 8, 1985). Ist die Kommune selbst Träger der Einrichtung, finanziert sie diese mit nahezu 100% aus eigenen Mitteln; Einrichtungen in Trägerschaft gemeinnütziger Verbände werden von der Kommune mit ca. 30-40% der laufenden Kosten bezuschußt (ca. 90.000 - 100.000 DM),

- der Gewährung von Sozialhilfe, insbesondere zur 'Sicherung der Lebensgrundlage' und zur 'Krankenhilfe' in direkter Zuständigkeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe (Stadt- und Landkreis) sowie der Gewährung von 'Eingliederungshilfen' und der Vermittlung 'von Hilfen in einem Heim oder in (teil-)stationären Einrichtungen im Rahmen der 'Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten'. (Für die beiden letztgenannten Hilfearten ist der überörtliche Träger sachlich zuständig, d.h. die einem jeweiligen überörtlichen Träger (Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände) zuzurechnenden Gemeinden sind im Rahmen des finanziellen Lastenausgleichs an den Kosten aus der Vermittlung der genannten Hilfen nach einem bestimmten Schlüssel anteilig beteiligt,
- den Kosten aus Maßnahmen zur Suchtprophylaxe (z.B. im Rahmen von Aufklärungskampagnen der Gesundheitsämter, des Schul- und/oder Jugendamtes).

30) Art. 28, 2 GG:

"Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. Auch die Gemeindeverbände haben im Rahmen ihres gesetzlichen Aufgabenbereichs nach Maßgabe der Gesetze das Recht der Selbstverwaltung".

- 31) Das Subsidiaritätsprinzip besagt, "daß kein Sozialgebilde etwas an sich reißen soll, was der einzelne aus eigener Kraft und Verantwortung zu leisten vermag und daß größere Gemeinschaften - dementsprechend - nur solche Aufgaben übernehmen sollen, die von den kleineren sozialen Gebilden nicht gemeistert werden können." (Bethusy-Hug, V., Das Sozialleistungssystem in der Bundesrepublik Deutschland, 1965, S. 33).

Staatliche soziale Hilfen setzen erst dann in öffentlicher Trägerschaft ein, wenn sich zur Übernahme bestimmter sozialer Hilfen keine oder zu wenig Freie Träger bereit finden. Der Staat übernimmt in diesem Sinne eine Art nachrangiger Ersatzbürgschaft.

Zum Subsidiaritätsprinzip als Formalprinzip

Vgl.: auch: Molitor, E., Subsidiaritätsprinzip und Gesellschaftspolitik in: Soziale Welt, 1956, S. 60-66.
Vgl.: Nell-Breuning, O., Das Subsidiaritätsprinzip, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 1976, S. 6-17.
Vgl.: Giese, D., Zum Subsidiaritätsprinzip und Wahlrecht in der öffentlichen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, 1976, S. 1 ff.

- 32) Vgl.: Kühn, D., Kommunale Sozialplanung, Stuttgart 1975, S. 51-53.

- 33) Vgl.: Gröttrup, H., Die kommunale Leistungsverwaltung, Grundlagen der gemeindlichen Daseinsversorgung, Stuttgart 1973.
Vgl.: Mundt, J.W. (Hrsg.), Grundlagen lokaler Sozialpolitik, Weinheim, Basel 1983.
Vgl.: Naßmacher, H., Naßmacher, K.H., Kommunalpolitik in der Bundesrepublik, Opladen 1983.
Vgl.: Offe, C., Zur Frage der Identität der kommunalen Ebene, in: Grauhan, R.R. (Hrsg.), Lokale Politikforschung, Bd. 2, Frankfurt 1972.
Vgl.: Peters, F., (Hrsg.) Gemeinwesenarbeit im Kontext lokaler Sozialpolitik, Bielefeld 1983.
Vgl.: Hesse, J.J., Politische Planung im Kommunalbereich, in: Verwaltung, 7. Jg. 1974, S. 273-304.
- 34) §93, 1 BSHG: "Die Träger der Sozialhilfe sollen darauf hinwirken, daß die zur Gewährung der Sozialhilfe geeigneten Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen. Eigene Einrichtungen sollen dann nicht neu geschaffen werden, wenn geeignete Einrichtungen der Träger der Freien Wohlfahrtspflege vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können."
Vgl.: Gottschick, H., Giese, D., Das BSHG: Kommentar, Köln 1983.
- 35) Von den insgesamt 500 bis 580 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in der Bundesrepublik wurden in der EBIS-Statistik (Einrichtungsbezogenes Informationssystem) 1985 insgesamt 259 der insgesamt ca. 580 Einrichtungen (=45%) statistisch erfaßt. Die erfaßten Einrichtungen befanden sich in folgender Trägerschaft (zum Vergleich sind die Zahlen von 1980 bis 1982 beigefügt):

Jahr:	85	84	83	82	81	80
1. Arbeiterwohlfahrt	3	3	3	1	1	1
2. Caritasverband	127	134	129	128	121	111
3. Diakonisches Werk	100	98	95	110	80	90
4. Paritätischer Wohlfahrtsverband	4	5	6	7	3	3
5. Rotes Kreuz	0	0	0	0	0	0
6. sonstige gemeinnützige Vereine	18	17	22	22	8	8
7. Land/Kommune/Bezirk	7	6	6	7	5	5
8. Mehrere verschiedene Träger	0	0	1	0	0	0
9. Sonstige	0	2	0	0	0	0

Quelle: Jahresstatistik 1985 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland, EBIS-Berichte Bd. 8, Freiburg, Hamm 1986, S. 2.

- 36) Die anteiligen Kostenbelastungen der an der Finanzierung einer Einrichtung beteiligten Instanzen sind nicht verbindlich festgelegt. Häufig findet sich die Regelung, nach der sich das Land, die Kommune (bzw. mehrere betroffene Gebietskörperschaften) und die Freien Träger zu

je rd. 1/3 an der Finanzierung der Einrichtung beteiligen. Während die Länder die sozialen Beratungsstellen durch freiwillige Zuwendungen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel fördern (z.B. in NRW: Pauschalforderung der Einrichtungen mit 40.000 DM/Jahr und Einrichtung; in Rheinland-Pfalz: bis zu 25% der Kosten des Fachpersonals in Hessen: ca. 30-40% der Personal- und Sachkosten), bleibt die Feststellung der jeweiligen Kostenbestandteile zwischen der Kommune und dem Freien Träger (die mindestens 5-10% übernehmen müssen) deren Absprache vorbehalten.

37) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

38) Als Reaktion auf den Schlußbericht der Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drucksache 7/4200 und 7/4201), in dem bemängelt wurde, daß die den psychisch Kranken angebotenen Dienste infolge des Fehlens einer örtlichen Zusammenarbeit vielerorts nicht oder mindestens nicht ausreichend aufeinander abgestimmt seien, wurde 1976 von den Gesundheitsministerien der Länder die Gründungen von 'Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften' auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte empfohlen. Den Empfehlungen der Enquete-Kommission entsprechend, sind an den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in Form einer Selbstorganisation sämtliche psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychologischen Beratungs- und Behandlungsdienste eines Standardversorgungsgebietes beteiligt. Ziel der freiwilligen Zusammenarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft war und ist die gemeinsame Planung, Integration, Kooperation und Koordination der Arbeitseinsätze und -methoden der zuständigen sozialen Dienste.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P17'.

39) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P8'.

40) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P14', 'P8', 'P10', 'P11'.

41) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P10', 'P11'.

42) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P10'.

43) Vgl.: Neidert, R., Neues Programm des Bundes für betäubungsmittelabhängige Straftäter. Mehr Therapie - weniger Strafe, in: Kommunalpolitische Blätter 12/1984, S. 1083f.

44) Auf die historischen Ursprünge und Entwicklungstendenzen in der Verbändewohlfahrt bis hin zu deren Integration im System staatlicher Sozialpolitik kann hier nicht ausführlich eingegangen werden. Einen Überblick über die

Entstehung und Institutionalisierung der Wohlfahrtsverbände innerhalb der Sozialpolitik geben hierzu:

Heinze, R.G., Olk, Th., Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion, in: KZfSS, 33.Jg. (1981), S.94-114 sowie

Peters, H., Moderne Fürsorge und ihre Legitimation, Köln, Opladen 1968, S.19-27;

Bauer, R., Wohlfahrtsverbände in der Bundesrepublik, Weinheim 1978, S.71-95;

Krug von Nidda, C.L., Entwicklungstendenzen und gegenseitige Beziehungen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Deutschland in der Epoche des Überganges von der Armenpflege zur Fürsorge, in: Muthesius, H. (Hrsg.), Beiträge zur Entwicklung der Deutschen Fürsorge. 75 Jahre Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Köln, Berlin 1955, S. 133-349.

- 45) Dörrie, K., Aspekte einer Strukturanalyse der Freien Wohlfahrtspflege, in: Otto, H.-Ü., Schneider, S. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd.2, 3.Aufl. 1975, S.127f.

- 46) "Von Art.9 GG, der den freien Zusammenschluß zu sozialer Aktivität garantiert, führt der direkte Weg zu dem durch Art. 19Abs.3 i.V. mit Art.266 gesicherten sozialen Lebensprinzip der Freiheit zum Helfen für die freien Träger."

Klein, F., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, in: Die Fürsorge im sozialen Rechtsstaat, 1969, S.130-150, hier: S. 137 f. (im folgenden zit. als: Klein, F., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern).

Wegener, R., Staat und Verbände im Sachbereich Wohlfahrtspflege, Berlin 1978, S.147-167 (im folgenden zit. als: Wegener, R., Staat und Verbände)

Vgl.: hierzu auch §10 BSHG sowie §93 BSHG

- 47) Vgl.: Heinze, R.G., Olk, Th., Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktionen, in: KZfSS, 33.Jg. (1981), S.95.

Vgl.: Giesen, B., Moralische Unternehmer S. 233.

- 48) Vgl.: Wegener, R., Staat und Verbände, S. 189-201.
Vgl. auch §1 BSHG in Verbindung mit §9 SGB-AT.

- 49) Vgl.: §3 Abs.2 BSHG

Vgl.: Klein, F., Die Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger, S. 139.

- 50) Zur Zusammenarbeit von öffentlichen und Freien Trägern sind grundsätzlich nur die öffentlichen Träger gesetzlich verpflichtet. Vgl.: §10 Abs.2 BSHG, §93 BSHG.
Vgl.: Steffen, F., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, in: Die Fürsorge im sozialen Rechtsstaat, 1969, S.151-168, hier S.156.

- 51) Klein, F., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, S. 139
Vgl.: Wegener, R., Staat und Verbände S.108-223.
- 52) Vgl.: Klein, F., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, S. 157 f.
Vgl.: Wegener, R., Staat und Verbände S.285-293
- 53) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3', 'P14'.
- 54) Organisationsdomänen entstehen und entwickeln sich in einem Prozeß des ständigen Austausches zwischen der Organisation und ihrer Umwelt. Vor diesem Hintergrund sind sie sowohl Ergebnis von eigendynamischen Entwicklungen einzelner Organisationen als auch Resultat von Kooperations- und Konkurrenzprozessen zwischen verschiedenen Organisationen. Zur Herausbildung einer Domäne gehört (bezogen auf die soziale Dienstleistungsproduktion):
- die Ausrichtung auf eine bestimmte Zielgruppe (Kreis der Leistungsadressaten, Bedürftige),
 - die Spezialisierung der Organisation auf bestimmte Aufgabenbereiche (Vermittlung und Durchführung konkreter Maßnahmen der Hilfeleistung),
 - die Ausformung einer Organisationstechnologie (Einsatz und Rekrutierung des Personals, Einsatz und Nutzung technischer Mittel (Ressourcen), Festlegung von Aufbau- und Ablauforganisation) zur Leistungserbringung und -übermittlung.
- Vgl.: Grunow, D., Hegner, F., Lempert, J., Sozialstationen. Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste, Bielefeld 1979, S.116-119,
Vgl.: Meyer, M.W., Organizational domains, in: American Sociological Review 40/1975, S. 599- 615.
Vgl.: Greenley, J.R., Firk, St.A., Organizational characteristics of agencies and the distribution of service to applicants, in: Journal of Health and Social Behaviour 14/1973, S. 70-79.
Vgl.: Doerrie, K., Aspekte einer Strukturanalyse der freien Wohlfahrtspflege, in: Otto, H.-U., Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 2, Neuwied, Berlin 1973, S. 127-143.
- 55) Vgl.: Fussnote 35).
- 56) In Anlehnung an die Korporatismus-Definition von Schmitter weist ein System der Interessensvermittlung korporatistische Strukturen auf, wenn "(....) dessen wesentliche Bestandteile organisiert sind und in einer begrenzten Anzahl singularer Zweckverbände, die nicht miteinander im Wettbewerb stehen, über eine hierarchische Struktur verfügen und nach funktionalen Aspekten voneinander abgegrenzt sind. Sie verfügen über staatliche Anerkennung

und Lizenz, wenn sie nicht sogar auf Betreiben des Staates hin gebildet worden sind. Innerhalb der von ihnen vertretenen Bereiche wird ihnen ausdrücklich ein Repräsentationsmonopol zugestanden, wofür sie als Gegenleistung bestimmte Auflagen bei der Auswahl des Führungspersonals oder Unterstützung zu beachten haben "(Hervorhebung nicht im Original) (Schmitter, F.C., Interessenvermittlung und Regierbarkeit, in: v.Alemann, U., Heinze, R.G. (Hrsg.), Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus, Opladen 1979, S.94f.)

- 57) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P2', 'P3'.
Vgl. hierzu auch: Domscheit, St., Kaufmann, F.-X., Kühn, M. Innovative Politik im Einflußbereich verbandlicher Wohlfahrtspflege, in: Mayntz, R. (Hrsg.) Implementation politischer Programme, Königstein 1980, S.186f.
- 58) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3', 'P14'.
Vgl.: Gasche, H.G., Haack, H., Seibert, H., Evangelische Suchtkrankenhilfe, in: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (Hrsg.), Grundsatzbeiträge, Kassel o.J. S.5-10.
Vgl.: Viefhues, E., Die Integration christlicher evolutionärer Werte in Pädagogik und Therapie-Übertragung der Erfahrung auf die Suchtkrankenhilfe in der Caritas, in: Kuypers, U. (Hrsg.), Normen und Werte in der Hilfe für Suchtkranke, Freiburg 1984, S. 97-110.
- 59) Vgl. z.B.: DFWV (Hrsg.), Leistungen des DFWV für seine Mitgliedsorganisationen, in: DFWV-Informationsschrift, Frankfurt 1979, S. 42 f.
- 60) Vgl. z.B.: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hrsg.), Fort- und Weiterbildung 1985 (Broschüre)
- 61) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P14', 'P13', 'P3'.
- 62) Über ein Beispiel von Dysfunktionalität der Mittelinstanzen wußte ein befragter Verbandsvertreter zu berichten: An der Vor- und Nachbereitung der Fernsehreihe 'Sucht' im ZDF 1984 war auch die DHS beteiligt. Mit der Sendereihe sollten Informationen zum Suchtmittelmißbrauch gegeben, insbesondere aber die Problemgruppe zur Kontaktaufnahme mit den örtlichen ambulanten Beratungsstellen motiviert werden. Entsprechend dieser Intention verfaßte die DHS in Absprache mit den Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände ein Rundschreiben an alle ambulanten Beratungsstellen, in welchem sie diese mit allen notwendigen Informationen zur Sendereihe versorgte und sie aufforderte, die Aktion zu unterstützen; z.B. die Öffnungszeiten der Beratungsstellen so zu legen, daß auch Berufstätigen eine Kontaktaufnahme ermöglicht werden konnte. Den Beratungsstellen sollte mit diesem Rundschreiben die Möglichkeit gegeben werden, sich vor Ablauf der Sendung auf die zu erwartenden Reaktionen vor-

zubereiten. Zwischen der DHS und den Freien Trägern war zu diesem Zweck vereinbart worden, daß den Beratungsstellen das DHS-Rundschreiben sowie ergänzende Hinweise über die Mittelinstanzen zugänglich gemacht werden sollten. Entgegen dieser Absicht wurde die Weitergabe des Rundschreibens durch die Mittelinstanzen häufig nicht durchgehalten; aus verschiedenen Gründen (z.T.: Desinteresse der verantwortlichen Referenten, fehlender Kontakt der Referenten zur Basis, etc.) blieben die Informationen auf mittlerer hierarchischer Ebene hängen. Folge dieser Dysfunktionalität der Mittelinstanzen war, daß die Beratungsstellen von den in der Sendung gegebenen Informationen erst mit deren Ausstrahlung erfahren. Entsprechend waren die Beratungsstellen den an sie unerwartet herangetragenen Ansprüchen der Klienten nicht gewachsen, fühlten sich in vielen Dingen von ihren Trägerorganisationen ausgeschlossen und überrollt. Zum Teil reagierten die Beratungsstellen auf das Informationsdefizit, indem sie sich selbst nachträglich bei der DHS um Informationen bemühten. Für die Klienten hatte das Versagen der mittleren Ebene zur Folge, daß sie die in der Sendereihe offerierten Hilfeangebote vor Ort nicht fanden und sich demotiviert von den Beratungsstellen zurückzogen.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

63) Die gegenwärtige Struktur der DHS leitet sich weitestgehend aus dem organisatorischen Aufbau der Vorgängerorganisationen ab, in denen den konfessionellen Trägergruppen stets eine besondere Bedeutung beigemessen wurde. Zur Geschichte der DHS vergleiche: Holzgrewe, W., Sucht und Hilfe, Hamm 1972.

64) Vgl.: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1985, Hrsg.: Ziegler, H., Hamburg 1985, S.136-139.

65) Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Satzung (Stand 1981):

§2 Abs.2: "Der Verein hat die Förderung der Arbeit für Suchtgefährdete und Suchtkranke sowie die Bekämpfung der Suchtgefahren zum Ziel. Er nimmt diese Aufgaben wahr indem er u.a.

a) die Mitglieder unter Wahrung ihrer Eigenständigkeit fördert und gemeinsame Interessen vertritt,

b) (...) "

§4 Abs.1: "Mitglieder des Vereins können alle dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. mittelbar oder unmittelbar angeschlossenen Verbände, Einrichtungen und Evangelische Landesarbeitsgemeinschaften für Suchtkrankenhilfe (Fachverbände) werden, die die Hilfe für Suchtgefährdete und Suchtkranke oder die Bekämpfung der Suchtgefahren zum Ziel haben. (....)"

66) Katholische Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren (KAAS), Satzung:

§2 Abs.2:" Die Arbeitsgemeinschaft dient der gemeinsamen Vertretung der Anliegen der Mitglieder nach innen und außen. Diese sind:

a) der Deutsche Caritasverband e.V., Freiburg
b) die Katholische Sozialethische Arbeitsstelle e.V. (KSA), Hamm

c) der Kreuzbund e.V., Selbsthilfeorganisation und Hilfeeinrichtung für Suchtkranke, Hamm."

§3 Abs.2: "Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bleiben in ihren satzungsgemäßen Aufgaben und Zuständigkeiten unangetastet."

- 67) Zuwendungen des BMJFG an die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren:

Betrag für 1986 , (veranschlagt) In DM	Betrag für 1985 In DM	Istergebnis für 1984 In DM
778.400	751.200	724.000

Tab. 8

(Quelle: Einzelplan 15, Bundeshaushalt 1986, BT-Drucksache 10/3700, S. 60)

- 68) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P1'.

- 69) Zur finanziellen Förderung der DHS-Geschäftsstelle wußte ein befragter Verbandsvertreter zu berichten, daß die Unterstützung der DHS durch das BMJFG zu gering sei, um die in der DHS organisierten Freien Träger, Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände in eine finanzielle Abhängigkeit vom BMJFG zu bringen." Dem Finanzmittelzuschuß des BMJFG steht eine starke finanzielle Potenz der Freien Träger gegenüber. Für die Freien Träger wäre es ein Leichtes, die Finanzmittel zur Unterhaltung der Geschäftsstelle aufzubringen, aber aus Unstimmigkeit zwischen den Mitgliedsverbänden würde ein Wegfall der Unterstützungszahlungen durch das BMJFG zur Auflösung der Geschäftsstelle führen.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

- 70) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P1'.

- 71) Zur Art der Nutzung des politischen Handlungsspielraumes der DHS lieferte die Expertenbefragung folgendes Beispiel: Im Auftrag des BMJFG soll von der BZGA ein Faltblatt herausgegeben werden, mit dem z.B. auf mögliche Verursachungsfaktoren exzessiven Drogenmißbrauches hingewiesen werden soll. Die BZGA macht einen Entwurf des Faltblattes und reicht es zur Genehmigung beim BMJFG

ein. Das BMJFG prüft und lehnt den Entwurf wegen inhaltlichen/politischen Nichtgefallens ab. Dieses Hin und Her würde sich so oft wiederholen, bis die Konzeption des Faltblattes vom BMJFG politisch verantwortet werden könnte. Da die Planung und Entwicklung eines Faltblattes bei der BZGA wesentlich kostspieliger ist als bei der DHS und/oder die DHS als Nicht-Behörde über einen größeren politischen Handlungsspielraum verfügt als die BZGA, ist es häufig so, daß die BZGA ihren Auftrag an die DHS weitergibt (die BZGA vergibt und finanziert den Auftrag). Dabei kann es vorkommen, daß das Exposé der DHS, das nur unwesentlich von dem abgelehnten Entwurf der BZGA abweicht, vom BMJFG akzeptiert wird, da z.B. eine gesellschaftspolitische Problematisierung der Suchtgene- nese durch die DHS eher möglich ist als durch die BZGA. Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

- 72) Die Art der Umgehung behördlicher Dienstwege kann mit folgendem Beispiel illustriert werden: Benötigt der für den Rauschmittelmißbrauch zuständige Abteilungsleiter beim BMJFG Zahlen zur Drogen- und Rauschmittelkriminalität, so hat er hierzu eine Anfrage an den Innenminister zu richten. Der Innenminister erfragt die benötigten Zahlen beim BKA und leitet diese dann an den Referenten beim BMJFG weiter. Da die DHS als einzige Institution neben den BfL direkten Zugriff auf das BKA-Datenmaterial hat, kann der zuständige Abteilungsleiter beim BMJFG - unter Umgehung des Dienstweges - das Datenmaterial auch direkt bei der DHS erfragen. Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

- 73) Vgl.: DHS-Jahresbericht 1983, Hamm 1984 (vervielfältigte Maschinenschrift), S. 4.

- 74) Die Ergebnisse der Arbeit ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen werden seit 1980 mit Hilfe des 'Einrichtungsbezogenen Informationssystemes' EBIS erhoben. "Ziele dieser Datenerhebung und -auswertung sind :
- Erstellung eines Jahresberichtes für die einzelne Einrichtung
 - Schaffung von Vergleichsmöglichkeiten der einzelnen Einrichtungen mit den bundesweit zusammengefaßten Daten
 - Schaffung von Möglichkeiten der Kontrolle und Steuerung des eigenen Beratungs- und Behandlungsangebotes
 - Beobachtung des Angebotes von ambulanten Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, sowie deren Nutzung durch Suchtgefährdete und Suchtkranke."
- (Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1985, Hrsg. Ziegler, H., Hamburg 1985, S. 110)

Die EBIS-Statistik wird nach Vereinbarung zwischen dem DCV, der DHS, dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im DW und der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie erstellt.

- 75) Vgl.: Fußnote 35).

76) In dem vom BMJFG herausgegebenen Adressenverzeichnis: 'Drogenberatung wo?', 5. überarbeitete Auflage, Bonn 1984 wird auf Seite 5 die Anzahl der bundesweit arbeitenden ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen mit z.Zt. 888 Einrichtungen angegeben. Davon abweichend gilt die DHS bzw. der Verband ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen (VABS) in der EBIS-Statistik 1985 von insgesamt 500-600 Einrichtungen aus. Die erhebliche Differenz zwischen den beiden Zahlenangaben erklärt sich nach Auskunft beim VABS damit, daß das BMJFG - im Gegensatz zur DHS und zum VABS - auch die Außenstellen ambulanter Einrichtungen mit in die Zählung aufnimmt.

76a) Vgl.: BT-Drucksache 10/3540, S. 21 f.

77) Aus der Satzung des VABS (Stand 1982):

"Zweck des Verbandes ist nach §2:

1. Die ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige in der BRD und WestBerlin unter Wahrung ihrer Eigenständigkeit zu fördern, zu koordinieren und die gemeinsamen Interessen nach außen zu vertreten.
2. Sammlung, Austausch, Auswertung und Verbreitung von Forschungsprojekten, Erfahrungen und Arbeitsergebnissen.
3. Beratung der bestehenden Einrichtungen und Unterstützung bei der Neueinrichtung von ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige.
4. Gemeinsame Fragen der Behandlung Suchtkranker/Drogenabhängiger zu klären und auf eine möglichst einheitliche Regelung derselben hinzuwirken.
5. (....)"

Nach §4 Abs.1 und 2 gilt:

1. "Der Verband hat natürliche und korporative Mitglieder.
 2. Korporatives Mitglied kann werden, wer in der ambulanten Behandlung Suchtkranker/Drogenabhängiger tätig ist. Weitere Voraussetzungen für die Mitgliedschaft werden durch Richtlinien geregelt." (Hervorhebungen nicht im Original)
- VABS e.V. (Hrsg.), Verzeichnis psychosozialer Behandlungsstellen/Fachambulanzen für Suchtkranke, Freiburg 1982, S.21.

78) Aus den Richtlinien für die Mitgliedschaft im Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige nach §4 Abs.2 der Satzung des VABS:

1. Aufgaben der ambulanten Behandlungsstelle

"Aufgabe der ambulanten Behandlungsstelle ist, dem Suchtkranken/Drogenabhängigen bei der Wandlung, der Weiterentwicklung bzw. dem Aufbau seiner Persönlichkeit und seiner sozialen Funktionen soweit zu helfen, daß ihm eine Lösung vom Suchtmittel physisch und psychisch möglich ist; der Gesellschaft zu helfen, den Suchtkranken/Drogenabhängigen in seinem deviantem Verhalten zu ertragen, ihm bei den Anpassungsversuchen an notwendige ge-

gesellschaftliche Normen und bei der Verwirklichung seiner persönlichen Lebensform zu unterstützen."

Darüber hinaus legen die Richtlinien die Art der zur Anwendung kommenden therapeutischen Verfahren fest: "die Behandlung wird psychosoziale, psychotherapeutische, psychiatrische oder somatische Erkenntnisse und Hilfen berücksichtigen und anbieten. "

2. Personelle Besetzung "Die Stelle muß mindestens drei Mitarbeiter für die Behandlung aufweisen, von denen einer Mediziner und ein Sozialarbeiter (...) sein muß." (....)

3. Arbeitsbedingungen "(...) für etwa je 30 Klienten (ist) ein hauptamtlicher Mitarbeiter erforderlich."

4. Trägerstruktur "Mitglied können nur gemeinnützige Einrichtungen von öffentlich rechtlichen Trägern werden oder solche, die einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind."

VAES e.V. (Hrsg.), Verzeichnis psychosozialer Behandlungsstellen/Fachambulanzen für Suchtkranke, Freiburg 1982, S.24-25.

- 79) Aus der Satzung des Vereins 'Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V.' (Stand 1981):

Nach §2 hat der Verein die Aufgabe:

- "(1) die Fachkrankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin(West), die sich ausschließlich mit der Behandlung von suchtkranken Patienten befassen - unter Wahrung ihrer Eigenständigkeit - zu fördern,
- (2) gemeinsame Fragen der stationären Therapie Suchtkranker zu klären und auf eine einheitliche Regelung derselben hinzuwirken,
- (3) die gemeinsamen Interessen der angeschlossenen Einrichtungen nach außen zu vertreten und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten,
- (4) (....),
- (5) eine einheitliche Dokumentation der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke durchzuführen und auszuwerten."

Nach §6 können:

"(1) Ordentliche Mitglieder (...) werden:

- a) Fachkrankenhäuser, die sich ausschließlich mit der Heilbehandlung von suchtkranken Patienten befassen, nach dem vom Verband festgelegten Richtlinien arbeiten und sich in frei-gemeinnütziger oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befinden.
- b) Fachkrankenhäuser für Suchtkranke, die als gemeinnützig anerkannt sind, aber nicht einem Verband der freien Wohlfahrtspflege oder einem öffentlich-rechtlichen Träger angeschlossen sind, wenn sie die Behandlung nach dem vom Verband festgelegten Richtlinien durchführen.

(.....)" (Hervorhebungen nicht im Original)

Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke, Satzung, Richtlinien, Ordnung für den Beratungsund Besuchsdienst,

Kassel, o.J., S.1,2. Zu den Richtlinien gemäß §6 Abs.1 der Satzung vgl.: ebenda, S.1-3.

- 80) Vgl.: Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V. (Hrsg.), Fachkrankenhäuser/Heilstätten für Suchtkranke, 18. überarbeitete und erweiterte Auflage, Kassel 1984.
- 81) Vgl.: Petzold, H., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle, Supervision, München 1980, S. 208-228;
Vgl.: Beschor, F. (Hrsg.), Diskussionsberichte Drogen, Heft 1/1979
- 82) Stellvertretend für alle 'Landesstellen gegen die Suchtgefahren' vgl. z.B.: Haushalt der Niedersächsischen Landesstelle gegen Suchtgefahren (NLS) 1983, in: Jahresbericht der NLS 1983, Hannover 1984, S. 7 (vervielfältigte Maschinenschrift).
- 83) Vgl.: Kickbusch, J., Trojan, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt 1981. (im folgenden zit. als: Kickbusch, J., Trojan, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker)
Vgl.: Itzwerth, R., Selbsthilfegruppen - erste empirische Befunde und sozialpolitische Aspekte, in: Olk, Th., Otto, H.-M. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 4, Darmstadt 1985, S. 155-171.
Vgl.: Heinze, R.G., Olk, Th., Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion, in: KZfSS 1981, S. 94-114.
Vgl.: Geest, W., Wohlfahrtsverbände als Betroffenenorganisation - Legitimationsprobleme durch Basisdruck ?, in: Neue Praxis 1983, 1, S. 92-95.
Vgl.: Gross, R., Der Wohlfahrtsstaat und die Bedeutung der Selbsthilfebewegung, in: Soziale Welt, 1982, S. 26-48.
Vgl.: Windhoff-Heritier, A., Selbsthilfe-Organisationen - eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre ?, in: Soziale Welt 1982, S. 49-65
- 84) Vgl.: Winckelvoß, H., Itzwerth, R., Trojan, A., Zur Definition und Verbreitung von Selbsthilfegruppen, in: Kickbusch, J., Trojan, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, S. 133-135.
- 85) Ebenda, S. 134
- 86) Vgl.: Anonyme Alkoholiker (Hrsg.), Unser Weg, o.O., o.J. (Broschüre)
Vgl.: Team für Öffentlichkeitsarbeit der AA-Landesgruppe Hamburg, Zur Arbeit der 'Anonymen Alkoholiker' (AA) in Hamburg, in: Kickbusch, J., Trojan, A., Gemeinsam sind wir stärker, S. 27-30.

- 87) Vgl.: Portugall, E., Drogenabhängige zwischen Hilfe, Selbsthilfe und Selbstbefreiung, in: Kickbusch, J., Trojan, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, S. 34-41.
- 88) Ebenda, S. 35.
- 89) Vgl. hierzu: Marzahn, Ch., Zur Möglichkeit der Selbsthilfe von Drogenabhängigen, in: Bossong, H. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, S. 118, 125.
- 90) Vgl.: Bericht über die Arbeit der städtischen Drogenberatungsstelle Münster, Jahresbericht 1984, S. 15 ff.
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P8'.
- 91) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P9'.
Vgl. hierzu auch: Sozialbericht - Psychosoziale Grunddaten den die Drogenberatungsstellen dem Antrag des Klienten auf Bewilligung einer stationären Behandlung beifügen müssen. Im Zusammenhang mit der Nachsorgeregelung vgl.: Anhang 13. Sozialbericht: Pkt. 6 Seite 3, Pkt. 9.3, Seite 4.
- 92) Im Vergleich: Die Kosten einer stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-Medikamentenabhängigkeit in einer Fachklinik für Abhängigkeitskranke durchgeführt belaufen sich auf ca. 120 DM/Tag/Pers., während Selbsthilfeeinrichtungen mit einem Tagessatz von ca. 75 DM/Tag/Pers. kalkulieren.
- 93) Anlage I der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. Nov. 1978 (im folgenden zit. als: Anlage I der Empfehlungsvereinbarung); vgl.: Anhang 1.
- 94) Vgl. hierzu Anhang 3: Auszug aus einem Gutachten zu dem Urteil des Verwaltungsgerichtes Köln vom 29.11.1982 AZ 21 L 1549/82
- 95) Vgl.: Heckmann, W., Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige: Geschichte-Gegenwärtige Praxis-Zukunftsprobleme, in: Heckmann, W. (Hrsg.), Vielleicht kommt es auf uns selber an, Frankfurt 1980, S. 10-26, insbes. S. 20 f.
- 96) Vgl. hierzu z.B.: Friedrich, W. J., Vereine und Gesellschaften, Beck-Rechtsinformationen, München o.J., S. 164-176, 225 ff.
- 97) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3', 'P8'.

98) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

99) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P8'.

100) Vgl.: Erfahrungsbericht über die Anwendung der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Suchtvereinbarung) vom 20.11.1978, Frankfurt 1982, S. 19 (vervielfältigte Maschinenschrift).

101) §1 Abs. 2 der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. Nov. 1978 (im folgenden zit. als: Empfehlungsvereinbarung); vgl.: Anhang 1.

102) Vgl. Anhang 4: Abkommen über eine Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker vom 17.05.1973 in der Fassung vom 06.03.1981 (vervielfältigte Maschinenschrift).

103) Vgl. Anhang 2: Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger - Vereinbarung Vorleistung/Drogen - vom 22.10.1981 (im folgenden zit. als: Vereinbarung Vorleistung/Drogen).

104) Vgl.: Bieback, K.-J., Versorgungslücken in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker durch Sozialhilfe und Sozialversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 10/1981, S. 603-621; 1/1982, S. 21-41; 2/1982, S. 89-108. Vgl.: Krasney, O.E., Sozialrechtliche Reaktionen der Gesellschaft auf süchtiges Verhalten, in: DHS (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft, Hamm 1984, S. 115-124.

105) Vgl. hierzu z.B.: Tätigkeitsbeschreibung des Sozialberatungsdienstes der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft, Referat gehalten auf der Informationstagung der Westf. Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Münster 1982 (vervielfältigte Maschinenschrift).

106) Vgl. Anhang 5: Vereinbarung zur modellhaften Förderung von Einrichtungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger zwischen dem DCV, Freiburg, dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Kassel und dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. Siegburg, dem Verband der Arbeiterersatzkassen e.V., Siegburg unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, 1984 (vervielfältigte Maschinenschrift).

- 107) Neben einer finanziellen Absicherung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen hat die (Kosten-) Anerkennung der ambulant durchgeführten Therapie durch die Kostenträger für die Beratungsstellen bzw. für die Mitarbeiter in den Einrichtungen (Sucht-Psychotherapeuten) zur Folge, daß die von ihnen geleistete Therapiearbeit eine gleiche Bewertung erfährt wie die von Medizinern, Psychiatern oder klinischen Psychotherapeuten ('Psychotherapie auf Krankenschein'); die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen werden damit gegenüber dem genannten Personenkreis konkurrenzfähig. Mit Blick auf die zu erwartende Ärzteschwemme und die Spezialisierung von Medizinern auf die Behandlung von Suchterkrankungen sehen die ambulanten Beratungsstellen in der Kostenübernahmeverpflichtung der Sozialversicherungsträger eine notwendige Voraussetzung erfüllt, um sich der Konkurrenz von Ärzten, Psychologen etc. stellen zu können.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

- 108) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P9'.

- 109) Vgl. hierzu z.B.: Wahl der Therapieeinrichtungen durch die Westfälische Arbeitsgemeinschaft. Referat gehalten auf der Informationstagung der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Münster 1982 (vielfältigste Maschinenschrift).

- 110) Vgl. Anhang 1: Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken, Anlage I der Empfehlungsvereinbarung.

- 111) Die Rentenversicherungsträger sind entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag zur Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation verpflichtet. Da die therapeutische Nachsorge (zur Absicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation) im wesentlichen sozialpädagogisch ausgerichtet ist, erklären die Rentenversicherungsträger ihre Nicht-Zuständigkeit für diesen Leistungsbereich, so daß die Kosten zu Lasten der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gehen. Da diese die sozialpädagogischen Rehabilitation als der medizinischen untergeordnet betrachten und ihre Zuständigkeit für den Nachsorgebereich bestreiten, ist die Finanzierung von Nachsorgeeinrichtungen bisweilen ungeklärt.

Da sich unter diesen Bedingungen kaum Träger zur Einrichtung von stationär-therapeutischen Einrichtungen bereitfinden, ergeben sich hier erhebliche Versorgungslücken. (Bundesweit existieren rund 60 Nachsorgeeinrichtungen)

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P8'.

- 112) Lange Zeit gehörte es zu den 'Weisheiten' eines jeden Suchttherapeuten, daß größere Therapiegemeinschaften - vergleichbar denjenigen der Fachkliniken für Alkoholabhängige - sich nicht zur stationären Behandlung von (illegalen) Drogenkonsumenten eignen; diese sind in ihrem Sozialverhalten zu unangepaßt, als daß sich ihre Rehabilitation in Großkliniken organisieren ließe. Wider diese Therapieweisheit läßt sich jedoch seit einiger Zeit beobachten, daß infolge der wachsenden Konkurrenz der Therapieeinrichtungen untereinander die Spezialisierung in der Behandlung von Alkohol-/Medikamentenabhängigen auf der einen und die der Therapie (illegaler) Drogenkonsumenten auf der anderen Seite aufgegeben, d.h. Drogenkonsumenten zunehmend auch in Großkliniken eingewiesen werden.
Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P7'.
- 113) Vgl.: Ergebnisniederschrift der 1. Sitzung des Informationskreises Sucht (IKS) am 03.04.1984 im BMJFG (vervielfältigte Maschinenschrift).
- 114) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P9'.
- 115) Vgl.: Wahl der Therapieeinrichtung durch die Westfälische Arbeitsgemeinschaft; Referat gehalten auf der Informationstagung der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Münster 1982 (vervielfältigte Maschinenschrift).
- 116) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3', 'P8'.
- 117) Vgl.: BT-Drucksache, 7/4200, Psychiatrie-Enquete, Pkt. 3.8.1., S. 26.
- 118) Vgl. hierzu auch Anhang 6: BMJFG, Fernschreiben an die Landesbehörden vom 21.09.1971, Bonn, 1971
- 119) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P1', 'P3'.
- 120) Vgl. z.B.: Vorläufige Richtlinien 'Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke', Rundschreiben-Erlaß des Ministers vom 31.03.1980, Niedersächsisches Ministerialblatt Nr. 21, S. 460.
- 121) BMJFG (Hrsg.) Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs, Bonn 1980, S. 3.

- 122) Die Entscheidung des StAdD zur Einführung der 'Mindestkriterien' liefert ein Beispiel für die fehlende Einbeziehung der vor Ort arbeitenden kommunalen Handlungsträger in den Kommunikations- und Entscheidungsfindungsprozeß im StAdD.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des 'Großmodells' zur Neuschaffung bzw. zum bedarfsgerechten Ausbau von Einrichtungen zur Beratung und Behandlung drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher durch die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des MaxPlanck-Instituts wurde ein Katalog von methodisch-konzeptionellen und organisatorischen Anforderungsprofilen an die Einrichtungen gerichtet, die diese seitdem als Mindeststandards zu erfüllen haben.

Indem durch die Mindestkriterien den Mitarbeitern in den Einrichtungen bestimmte Aufgabengebiete vorgegeben und die Art und Weise der Hilfeleistungsvermittlung formalisiert wurde, erfolgte mit der Einführung der Mindestkriterien eine erhebliche Reglementierung des Handlungs- und Ermessensspielraums der Mitarbeiter in den Beratungsstellen. Die verbindliche Vorgabe von fachlich-organisatorischen Anforderungsprofilen wog dabei um so schwerer, als das Erfahrungswissen der Mitarbeiter vor Ort weder bei der Planung und Durchführung des Modellprogramms im allgemeinen noch bei der Strukturierung und Ausführung der wissenschaftlichen Begleitforschung ausreichend berücksichtigt worden war. Sowohl die Schwerpunktsetzungen in der Ausrichtung der wissenschaftlichen Begleitforschung als auch die Aufbereitung und Interpretationen der Ergebnisse waren nach Ansicht der praxiserfahrenen Drogenberater viel zu sehr an theoretischen Methoden orientiert gewesen, als daß sie die eigentlichen Problemstellungen der Praxis überhaupt hätten adäquat erfassen können. Ableitung und Interpretationen der Forschungsergebnisse stießen entsprechend bei den Praktikern ebenso auf Ablehnung wie die sich in den Mindestkriterien ausdrückenden konstruktiven Ergebnisse der Begleitforschung.

Die Koordinations- und Entscheidungsprozesse zur wissenschaftlichen Begleitforschung auf der einen, die Abstimmung und verbindliche Einführung der Mindestkriterien auf der anderen Seite erfolgten im StAdD zwar in Zusammenarbeit mit den Drogenbeauftragten der Länder und den Dachverbänden der Freien Wohlfahrtspflege als den Trägerorganisationen der Einrichtungen vor Ort, doch blieben die eigentlichen Praktiker von der Entscheidungsfindung ausgeschlossen. Sahen es die Drogenberater für erforderlich an, sich in der Art und Weise der Durchführung ihrer Beratungs- und Behandlungsaufgaben den individuellen Bedürfnissen der Klienten anzupassen, d.h. auf deren Hilfersuchen flexibel und unkonventionell reagieren zu können, so entsprachen die reglementierenden Mindestkriterien eher den an Strukturierung und Kontrolle ausgerichteten Interessen der Trägerorganisationen als den Bedürfnissen der Klienten.

Als 1976/77 die Mindestkriterien nach vorausgegangener Abstimmung zwischen den Teilnehmern im StAdD als 'Vor-

läufige Richtlinien' in die Verwaltungspraxis eingeführt wurden, lehnte ein großer Teil der Einrichtungen vor Ort deren Implementation ab. Erhebliche Konflikte mit den Trägerorganisationen, in deren Verlauf den Einrichtungen Gelder gekürzt bzw. gesperrt und sogar einige Einrichtungen geschlossen wurden; waren die unmittelbare Folge. Die weitverbreitete Nicht-Akzeptanz der Mindestkriterien unter den Mitarbeitern in den Einrichtungen hatte aber nicht nur Vollzugsdefizite zu Konsequenz, sondern löste vielmehr ein lang währendes Mißtrauen zwischen den Entscheidungsträgern auf höherer Verwaltungsebene und den Mitarbeitern vor Ort aus.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.

- 123) Vgl.: Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm: Beschreibung des Modells und erste Ergebnisse. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 25, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1978, S. 2-9 (im folgenden zit. als: Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm).
- 124) Vgl. Anhang 7: BMJFG (Hrsg.), Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben, unveröffentlichte Hausanweisung Nr 6401, Bonn, o.J.
- 125) Vgl.: Raschke, F. Schliehe, F., Das Instrument der Modelleinrichtung als Problem der vertikalen Politikverflechtung zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene, in: Kaufmann, F.-X., (Hrsg.), Bürgernahe Sozialpolitik, S. 139-166.
- 126) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P1'.
- 127) Vgl. hierzu Anhang 6: Fernschreiben des BMJFG an die Gesundheitsressorts der Länder vom 21.09.1971.
- 128) Vgl.: Max-Planck-Institut für Psychiatrie (Hrsg.), Tätigkeitsbericht der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit von 1973-1981, München 1982, S: 1-4.
Vgl.: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen, S. 55 f.
- 129) Auch nach Auslaufen der Modellförderung wird sowohl von seiten der behördlichen Träger der Drogenpolitik als auch von seiten der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an der Durchführung der EBIS-(Jahres-)statistik festgehalten. Für Einrichtungen in Trägerschaft der Verbände Freier Wohlfahrtspflege und/oder öffentlicher Träger ist eine Mitwirkung an der Erhebung des Datenmaterials verpflichtend, so daß diese Einrichtungen ihre Arbeit entsprechend den Anforderungen der EBIS-Statistik zu dokumentieren haben. Die wissenschaftliche Begleitforschung liegt nach wie vor in Händen der Pro-

jektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie.

Inzwischen haben sich sämtliche an der Erstellung der EBIS-Statistik beteiligten Institutionen (DCV e.V., Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe e.V. im DW, die DHS in Vertretung aller übrigen Einrichtungsträger, die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit) unter der Geschäftsführung der DHS zur EBIS-Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, die seitdem die Datenerfassung zentral plant und koordiniert.

vgl. hierzu auch Anhang 8: Vereinbarungen der EBIS-Arbeitsgemeinschaft.

- 130) Vgl.: De Jong, R., Bühringer, G., Henrich, G., Hachmann, E., Klett, F., Krauthahn, G., EBIS. Beschreibung eines einrichtungsbezogenen Informationssystems. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd.18, Max-Planck-Institut-Psychiatrie, München 1978.

Vgl. auch: Hachmann, E., Bühringer, G., Helas, J., Schmidt-breit, B., Ziegler, H., EBIS-Ein Handbuch für Benutzer, EBIS-A6 (Hrsg.), EBIS-Berichte Bd.3, Hamm 1982.

- 131) Vgl.: Bühringer, G., Hachmann, E., Das Informationssystem EBIS als Planungs- und Dokumentationsgrundlage für ambulante Einrichtungen, Behörden und Verbände: Beschreibung und Nutzungsbeispiele, Basel 1982.

- 132) Vgl. z.B.: Franke, M., Gesundheit und Drogen als gesellschaftliches Problem, in: Das Parlament, Beilage B 39 vom 25.07.1971, S. 32; vgl. auch: Wormser, R., Manifestester Inhalt und latente Vorurteile der Drogenberichterstattung, in: Kettenbrand, K.-H. (Hrsg.), Rauschmittelkonsum, Wiesbaden 1976, S. 109-124.

- 133) Vgl.: BT-Drucksache 8/922, S. 13 f.
Vgl. auch: Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauches, Bonn 1980, S. 26.

- 134) Vgl. hierzu in Anhang 6: Fernschreiben des BMJFG an die Ressorts der Länder, insbesondere die Punkte 1 bis 5.

- 135) Vgl.: BT-Drucksache 8/922, S. 11 f., 14.

- 136) Vgl.: Anhang 6: Fernschreiben des BMJFG an die Ressorts der Länder.

- 137) Vgl.: ebenda.

- 138) Vgl.: Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs, Bonn 1975, S. 6, 8 ff.
- 139) Vgl. Anhang 9: Zur Detailbeschreibung der Mindestkriterien (Großmodell).
- 140) Vgl. hierzu z.B.: Feldhege, F.-J., Krauthahn, G., Schneider, R., Schulze, P., Vollmer, H., Ergebnisse eines ambulanten Breitbandprogrammes zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger ("Fixer"), Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 16, München 1977;
Vgl.: Kraemer, S., DeJong, R. (Hrsg.), Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen, München 1980.
- 141) Bis zur verbindlichen Einführung der Mindestkriterien 1976/77 wurde die betreuende und therapeutische Arbeit in den ambulanten Einrichtungen zu einem wesentlichen Teil von ehrenamtlichen Mitarbeitern, Ex-Usern sowie einigen hauptamtlich Beschäftigten, aber nur von wenigen professionalisierten Suchtkrankenhelfern getragen. In dieser mehr von 'Laien-Experten' statt von hochqualifizierten und einschlägig spezialisierten Berufsgruppen (Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeitern, Ärzten) beherrschten Beratungs- und Behandlungssituation sah die Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit mit einen Erklärungsgrund für die nur geringen Therapieerfolge. In einer ersten Fassung der Mindestkriterien (1975) forderte die Projektgruppe dann auch entsprechend eine Verbesserung der personellen Ausstattung in den Einrichtungen durch Einstellung von (mindestens) vier hauptamtlichen Mitarbeitern. Davon sollte (mindestens) einer beruflich und therapeutisch als Psychologe und (mindestens) zwei Mitarbeiter als Sozialarbeiter qualifiziert sein; darüber hinaus sollte jeder Einrichtung eine hauptamtliche Verwaltungskraft zur Verfügung stehen. Diese als Mindeststandards formulierten Forderungen der Projektgruppe stießen jedoch aus Kostengründen insbesondere bei den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, aber auch bei den Landesdrogenbeauftragten auf erhebliche Ablehnung. In der 1977 verbindlich eingeführten Neufassung der Mindestkriterien wurden die personellen Ausstattungsanforderungen auf (mindestens) zwei hauptamtliche Mitarbeiter, ausgebildet entweder als Psychologe, Arzt oder Sozialarbeiter, zurückgeschraubt. Die in der ersten Fassung von 1975 von der Projektgruppe geforderten personellen Mindeststandards konnten erst im Rahmen des zweiten Modellprogramms, des 'Psychosozialen Anschlußprogramms', annähernd durchgesetzt werden.
- 142) Vgl.: Ausführungen von dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Antje Huber, vor der Bundespressekonferenz am 21. September 1977. Zur großen

Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion "Alkohol- und Drogenmißbrauch und Kriminalität von Kindern und Jugendlichen, BT-Drucksache 8/922, S. 3.

143) Vgl.: ebenda, S. 3.

144) Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm, S. 2 f.

145) Vgl.: BT-Drucksache 8/922, S. 10 f.

146) Ebenda, S. 9.

147) Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm, Anhang 5: Modellkriterien, S. 5 f.

148) Vgl.: Anhang 10 : Modellkriterien des Psychosozialen Anschlußprogramms,

149) Vgl.: hierzu z.B.: Steffen, G., Erstes verhaltenstherapeutisch orientiertes Supervisionsseminar im Rahmen des Psychosozialen Anschlußprogramms. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 30, Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München 1980.

150) Vgl. Anhang 10 : Modellkriterien des Psychosozialen Anschlußprogramms, hier insbesondere Punkt IV.3: Ausstattungsanforderungen, hauptamtliche Mitarbeiter.

151) Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm, Anhang 5: Modellkriterien, S. 2.

152) "Es ist bekannt, daß eine große Zahl von Klienten in der Einrichtung vorspricht, die tatsächlich betreute Zahl von Klienten dagegen wesentlich kleiner ist. Für diese Diskrepanz sind verschiedene Gründe bestimmend. Einer ist darin zu sehen, daß der Klient innerhalb und außerhalb der Einrichtung an andere Fachleute 'überwiesen' werden muß. Auf diesem Weg geht er häufig 'verloren', d.h. es fehlt ihm die Initiative wiederzukommen oder sich an die andere Einrichtung zu wenden. Um dem Klienten den Weg zur Beratungsstelle und den mit seiner Problematik verbundenen anderen Einrichtungen zu erleichtern und ihn damit im Beratungsprozeß zu halten, soll die Beratungsstelle, sobald der Klient sie aufsucht, festlegen, welcher Mitarbeiter den Klienten bei allen einzuleitenden Maßnahmen betreut. Diese Bezugsperson betreut den Klienten während des gesamten Beratungs- und Behandlungsablaufes in der Einrichtung, und zwar auch dann, wenn Einzelmaßnahmen von anderen Mitarbeitern (spezielle Therapien, Trainings) durchgeführt werden oder das Einschalten anderer Institutionen (Ar-

beitsamt, Klinik, Arzt, etc.) notwendig wird. (...)"

Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm, Anhang 5: Modellkriterien, S. 12.

- 153) Vgl. hierzu z.B.: Feldhege, F.-J., Krauthahn, G. Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz, Heidelberg 1979; Vollmer, H., Kraemer, S. (Hrsg.), Ambulante Behandlung des Alkoholismus: Erfahrungen aus der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit jungen Alkoholabhängigen, München 1982.
- 154) Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm, Anhang 5: Modellkriterien, S. 23.
- 155) Nach den Ergebnissen der vierten Befragung (1981) der Modelleinrichtungen des Psychosozialen Anschlußprogramms hatten von den Mitarbeitern, die 1981 im Bereich der ambulanten Therapie gearbeitet haben, (...) 63% eine abgeschlossene oder vor mindestens zwei Jahren begonnene Weiterbildung. Bezogen auf die einzelnen Berufsgruppen haben 46% der Diplom-Psychologen und 27% der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen eine abgeschlossene Weiterbildung. Der Begriff der 'Weiterbildung' wurde dabei wie folgt definiert: Therapeutische Weiterbildung setzt eine abgeschlossene Berufsausbildung in Medizin, Psychologie oder Sozialarbeit voraus, muß unter fachlicher Leitung stehen, mindestens 150 Stunden in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren dauern und durch einen Abschluß bescheinigt werden."
- Spies, G., Hanel, E., Ergebnisse der vierten Befragung in den Modelleinrichtungen des Psychosozialen Anschlußprogramms (Berichtszeitraum: 01.01. 1981 bis 31.12.1981), Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 44, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1982, S. 20.
- 156) Vgl.: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen S. 56.
- 157) Vgl.: ebenda, S. 113.
- 158) Vgl.: hierzu z.B.: Wittmann, F., Unserer Jugend wollen wir helfen, in: Das Parlament, 30. Jg. (1980) Nr. 7, S. 1 ff sowie die Diskussionsbeiträge von: Marschall, M., Strafe darf Heilung nicht behindern, in: ebenda, S. 4, Spranger, C.-D., Therapie statt Strafe zu kleinkariert, in: ebenda, S. 5, Vogel, H.-J., Strafrechtsänderung allein reicht nicht aus, in: ebenda, S. 6; Vgl.: Diskussionsbeiträge vor dem Deutschen Bundestag vom 26. Juni 1980, in: Das Parlament, 30. Jg. (1980) Nr. 28, S. 10 ff.

- 159) Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelgesetzes, BT-Drucksache 10/843 vom 29.12.1983, S.25.
- 160) Vgl. Anhang 11: Auszug aus dem Betäubungsmittelgesetz vom 28. Juli 1981
- 161) Vgl. Anhang 12: Voraussetzungen für die staatliche Anerkennung von stationären Langzeittherapieeinrichtungen nach §35 BTMG.
- 162) Der Verlagerungseffekt in der Rechtsprechung wurde von allen Behörden und Verbänden bundesweit beobachtet (wenngleich auch in unterschiedlich starker Ausprägung), exakte Vergleichszahlen liegen jedoch nicht vor. Lediglich die Drogenhilfe Tübingen e.V. und die Therapiepalette Niedersachsen haben die rechtlichen Grundlagen der Therapieeinweisungsentscheidungen bei ihrer Klientel statistisch erfaßt:

Verhältnis der Therapieeinweisungen aufgrund Strafaussetzung zur Bewährung (§ 56 StGB) — Zurückstellung der Strafvollstreckung etc. (§§ 35, 37 BTMG) an den Beispielen der Drogenhilfe Tübingen e.V. (1) und von Einrichtungen der Therapiepalette Niedersachsen (2)
(Quelle: Angaben dieser Einrichtungen)

	1981		1982		1983		Differenz 1982/83 zu 1981	
	(1)	(2)	(1)	(2)	bis 31. August	bis 30. September		
Aufnahmen insgesamt	223	156	196	152	215	130		
Aufnahmen nach Strafaussetzung zur Bewährung (§ 56 StGB)	135	103	77	73	72	44	-24,2 %	-19,0 %
	= 60,5 %	= 66,02 %	= 39,3 %	= 48,03 %	= 33,5 %	= 33,85 %		
Aufnahmen nach § 35, 37 BTMG	—	—	44	18	79	45	+29,9 %	+22,3 %
	= 0,0 %	= 0,0 %	= 22,4 %	= 11,84 %	= 36,7 %	= 34,62 %		
Sonstige Aufnahmen ..	88	53	75	61	64	41	-5,7 %	-3,3 %
	= 39,5 %	= 33,98 %	= 38,3 %	= 40,13 %	= 29,8 %	= 31,53 %		

Tab.: 9

Quelle: BT-Drucksache 10/843, Tab. 10, S. 27.

- 163) Seit Inkrafttreten der Neuregelungen des BTMG haben die Bundesländer das Therapieplatzangebot in stationären Einrichtungen für (illegale) Drogenkonsumenten erheblich ausgeweitet. Nach Angaben der Drogenbeauftragten der Länder soll das Therapieplatzangebot für diesen

Personenkreis bis 1990 bundesweit auf insgesamt ca. 3300 Betten ausgebaut werden.

Therapieplatzangebot in stationären Einrichtungen
(Quelle: Oberste Landesgesundheitsbehörden)

Bundesland	Plätze					Nachsorge Einrichtungen/ Plätze	Anmerkungen
	vor handen	in Vor- bereitung	ins- gesamt	staatl. anerkannt	von Kosten- trägern anerkannt		
Baden-Württemberg	356	100	456	347	347	11	Fremdbelegung 50 %
Bayern	450	30	480	300	450	9	Fremdbelegung 40 bis 50 %
Berlin	527	473 bis 1990	1000	527	Fest- finan- zierung	3/37	
Hansestadt Bremen ...	55	---	55	55	55	25	
Hansestadt Hamburg ..	118	---	118	42	42	3	Fremdbelegung 50 %
Hessen	215	165	380	215	215	ca. 6	
Niedersachsen	270	15	285	270	270	8/38	Fremdbelegung 40 bis 50 %
Nordrhein-Westfalen..	380	20	400	380	380	8	
Rheinland-Pfalz	110	---	110	88	110	4/30	
Saarland	---	---	---	---	---	---	Belegung außerhalb
Schleswig-Holstein...	---	---	---	---	---	---	Belegung außerhalb
insgesamt	2481	803	3284	2224	1869	52/...	

(Stand: 15. Oktober 1983)

Tab.:10

Quelle: BT-Drucksache 10/843, Tab. 12, S. 29.

164) Vgl.: BT-Drucksache 10/843, S. 31-35.

165) Die Landesjustizverwaltungen haben im Auftrag der Bundesregierung für den Zeitraum 01.01.1982 bis 30.06.1983 die Häufigkeit der gerichtlichen Anwendungen der neuen Strafbestimmungen des BTMG erhoben. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Erhebung über die Anwendung der §§ 35 bis 37 BTMG
(1. Januar 1982 bis 30. Juni 1983)
(Quelle: Justiz)

Vorschrift	Anzahl der Fälle
(1) Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 Abs. 1 oder 2	1504
(2) Bejahung der Anrechnungsfähigkeit i. S. d. § 36 Abs. 1 Satz 1 *)	1132 (= 75,26 % von (1))
(3) Anrechnung anderer Behandlungszeiten nach § 36 Abs. 3 **)	103 (= 8,85 % von (1))
(4) Widerruf der Zurückstellung	535 (= 35,57 % von (1))
(5) erneute Zurückstellung nach Widerruf (§ 35 Abs. 4 Satz 3)	128 (= 23,92 % von (4)) (= 8,51 % von (1))
(6) Nichtmeldung des Therapieabbruchs durch Einrichtung (§ 35 Abs. 3)	65 (= 4,32 % von (1))
(7) Absehen von Erhebung der öffentlichen Klage (§ 37 Abs. 1)	112
(8) Vorläufige Einstellung des Verfahrens (§ 37 Abs. 2)	130

*) Vorgeschriebene Anrechnung der Behandlung in einer staatlich anerkannten Einrichtung, in der die freie Gestaltung der Lebensführung des Verurteilten erheblichen Beschränkungen unterliegt, auf die Strafe

**) Mögliche Anrechnung der Zeit einer anderen Behandlung auf die Strafe.

Tab.: 11

Quelle : BT-Drucksache 10/843, Tab. 13, S. 36.

- 166) Vgl. hierzu: Der Spiegel 41/1984, Strafvollzug: 'Stoff in allen Körperhöhlen', in: Der Spiegel, S. 102 ff, insbesondere S. 108.
- 167) BT-Drucksache 10/843, S. 32 f.
- 168) Vgl.: Neidert, R., Mehr Therapie - weniger Strafe. Neues Modellprogramm des Bundes für betäubungsmittelabhängige Straftäter, in: Kommunalpolitische Blätter 12/1984, S. 1083 (im folgenden zitiert als: Neidert, R., Neues Modellprogramm).
- 169) Ebenda, S. 1083.
- 170) Ebenda, S. 1083.
- 171) Zum Stichtag des 31. März 1983 waren in den Justizvollzugsanstalten der Bundesrepublik insgesamt 43.243 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte inhaftiert, davon allein 4044 (8,4%) wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetzes. vgl.: Neidert, R., Neues Modellprogramm, S. 1083.
- 172) Neidert, R., Neues Modellprogramm, S. 1084.
- 173) Ebenda, S. 1084.
- 174) Vgl. ebenda, S. 1084.
- 175) Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Rahmenbedingungen aufsuchender Sozialarbeit bei betäubungsmittelabhängigen Straftätern, o.O. 1986, unveröffentlichte Maschinenschrift, (im folgenden zit. als: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Rahmenbedingungen aufsuchender Sozialarbeit)
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Erfahrungen und Folgerungen aus der bisherigen Arbeit in den ASS-Modellprojekten der Zielgruppe 2. Zur Vorlage dem Ständigen Arbeitskreis des Bundes und der Länder am 16. April 1986, Frankfurt 1986, unveröffentlichte Maschinenschrift (im folgenden zit. als: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Erfahrungen und Folgen aus den ASS-Modellprojekten).
- 176) Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Rahmenbedingungen aufsuchender Sozialarbeit S. 2.
- 177) Vgl. z.B.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P5', 'P14'.

- 178) Im Rahmen seiner offiziellen Koordinationsfunktion fungiert der Drogenbeauftragte auch in informellen Kommunikationsprozessen häufig als erster Ansprechpartner. Auf Anregung eines Akteurs initiiert er dabei die Kommunikation mit den anderen beteiligten Organisationsvertretern und übernimmt die Aufgaben zur Konsensbeschaffung. Vor diesem Hintergrund berichtete ein Drogenbeauftragter über den Verlauf derartiger Koordinationsprozesse und die nach seiner Meinung negativen Auswüchse informeller Entscheidungsfindung:

Im Zusammenhang mit der stationären Versorgung Suchtkranker, wendeten sich die Vertreter der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege entschieden gegen die Belegungspraxis der Rentenversicherungsträger und stellten der Vorgehensweise der Kostenträger ein Alternativkonzept gegenüber. Anstatt das Alternativkonzept sofort in einer der nächsten Sitzungen offizieller Koordinationsgremien einzubringen, legten die Spitzenverbände ihren Problemlösungsvorschlag zunächst dem Drogenbeauftragten vor. Dieser sollte den Entwurf auf seine Durchsetzungsfähigkeit hin überprüfen, Möglichkeiten zur Konsensbeschaffung aktivieren und die Konflikte im Vorfeld offizieller Entscheidungsfindung lösen. Der Drogenbeauftragte kam diesem Anliegen der Spitzenverbände im weiteren Verlauf der informellen Kontakte nach und entwickelte einen Lösungsvorschlag, der sowohl von den Spitzenverbänden als auch von den Kostenträgern akzeptiert wurde. Obwohl das Konzept des Drogenbeauftragten inoffiziell schon längst als beschlossen galt, gaben sich weder die Spitzenverbände noch die Kostenträger mit dieser inoffiziellen Regelung zufrieden. Der Kommunikations- und Koordinationsprozeß mußte offiziell wiederholt und nachvollzogen werden, d.h. der Drogenbeauftragte wurde nunmehr offiziell mit der zur Lösung anstehenden Problematik vertraut gemacht, er initiierte offiziell ein gemeinsames Treffen zwischen den Beteiligten zwecks Informationsaustausch, entwickelte offiziell einen Lösungsvorschlag und unterbreitete schließlich den Verhandlungspartnern offiziell ein Lösungskonzept mit dem längst schon inoffiziell gearbeitet wurde.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P5'.

- 179) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P8'.

- 180) Vgl. hierzu z.B.: Achinger, H., Soziologie und Sozialreform, in: Soziologie und moderne Gesellschaft. Verhandlungen des 14. Deutschen Soziologentages vom 20. bis 24. Mai 1959 in Berlin, Stuttgart 1966, 2. Auflage, S. 41 ff. 181) Zur allgemeinen inhaltlich-definitiven Abgrenzung von Arbeit-Beruf-Profession vgl.: Hartmann, H., Arbeit, Beruf, Profession, in: Soziale Welt, 20. Jg (1968), S. 193-216; sowie Daheim, H.-J., Soziologie der Berufe, in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Hrsg.: König, R., Band II, Stuttgart 1969, S. 358-407; Hesse, H.-A., Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung, Stuttgart 1968; Weber, G., Sozialarbeit zwischen Arbeit und Profession, in: Soziale Welt 1972, S. 432-446. Rolle, H., Grunow, D., Verberuflichung der sozialen Ar-

beit, in: Projektgruppe soziale Berufe (Hrsg.), Sozialarbeit: Professionalisierung und Arbeitsmarkt, Expertisen III, München 1981, S. 151-176.

182) Vgl.: BT-Drucksache 7/1184.

183) Vgl.: ebenda, S. 4.

184) Zit. nach: BT-Drucksache 7/1184, S. 5.

185) Vgl.: Anhang 9) Detailbeschreibung der Mindestkriterien in der Fassung von 1977, Punkt III.1.2.

186) Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen S 183 f.

187) Vgl.: Anhang 10), Detailbeschreibung der Mindestkriterien des PSAP, Punkt IV 3.1.-3.3.

188) Ganz allgemein hierzu vgl.: u.a. Otto, H.-U., Zum Verhältnis von systematisierten Wissen und praktischem Handeln in der Sozialarbeit, in: Otto, H.-U., Utermann, K. (Hrsg.), Sozialarbeit als Beruf. Auf dem Weg zur Professionalisierung?, München 1971, S. 87-98.

189) Zur allgemeinen Bedeutung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Sozialarbeit vgl. z.B.: Krähenbühl, V., Fort- und Weiterbildung, in: Projektgruppe soziale Berufe (Hrsg.), Sozialarbeit: Ausbildung und Qualifikation, Expertisen I, München 1981, S. 188-204 sowie:

Kraemer, E., Die Ausbildung als Grundelemente professionalisierter Sozialarbeit, in: Otto, H.-U., Utermann, K. (Hrsg.), Sozialarbeit als Beruf. Auf dem Weg zur Professionalisierung ?, München 1971, S. 75-86.

190) Vgl. hierzu z.B.: Klett, F., Krauthahn, G., Hachmann, E., Thiesler, J., Sekundärprävention als Modellaufgabe im Psychosozialen Anschlußprogramm, Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 29, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1980; Henrich, G., DeJong, R., Skala zur Einschätzung des therapeutischen Klimas und des Therapieprogramms (SEKT). Zielsetzung, Ergebnisse und Interpretationshinweise. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 15, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1976; Bühringer, G., Hachmann, E., Vorschlag für ein System von Indikatoren für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung für Abhängige, Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 35, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1982; Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., u.a., Ein verhal-

tenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger unter besonderer Berücksichtigung der Therapiemotivation. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 38, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1981.

- 191) Anlage I der Empfehlungsvereinbarung;
Vgl.: Anhang 1.
- 192) Vgl.: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), Fort- und Weiterbildung 1985, Broschüre.
- 193) Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), Fort- und Weiterbildung 1985, Broschüre, S. 3.
- 194) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P16'.
- 195) Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), Fort- und Weiterbildung 1985,
Broschüre, S. 3.
- 196) Ebenda, S. 4,5.
- 197) Vgl.: Jauß, D., Bühringer, G., Inhalt und Beurteilung von Weiterbildungslehrgängen für die Therapie Abhängiger, in: Suchtgefahren, 31. Jg. (1985), Heft 1, S. 1-30.
- 198) Vgl.: EBIS-Jahresstatistik 1984 (1985), EBIS-Berichte Bd. 6 (8), Freiburg, Hamm, Kassel, München 1985 (1986), S.9 (6).
- 199) Vgl.: EBIS-Jahresstatistik 1981 (1982, 1983), EBIS-Berichte Bd. 2 (4,5), a.a.O. 1981 (1982, 1983),
- 200) Grundsätze und Kriterien für die Behandlung Suchtkranker, in: Suchtgefahren, 21. Jg. (1975), Heft 2, S. 51. Hanel, E., Jauss, D., Spiess, G., Ergebnisse der dritten Befragung in den Modelleinrichtungen des Psychosozialen Anschlußprogramms (Berichtszeitraum 01.01.1980 bis 31. 12.1980), Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Bd. 36, München 1981, S. 27-30.
- 201) Die Notwendigkeit und Nützlichkeit der systematischen Ausbildung von ehrenamtlichen Laienhelfern wird unter anderem auch vom Deutschen Caritasverband diskutiert und zunehmend in Frage gestellt. Die Kritik gründet sich dabei im wesentlichen auf das Argument, daß gerade die advokatorische Ausrichtung der Laienhilfe eine Alternative zu der primär therapeutisch orientierten pro-

fessionellen Hilfe darstelle. Die an professionellen Standards ausgerichtete Ausbildung von Laienhelfern würde dabei nicht nur zu einer Nivellierung der Handlungsorientierungen und Problemlösungsstrategien zwischen den Professionals und den Laienhelfern führen, sondern die Pluralität des Leistungsangebotes auf der einen und das Wahlrecht der Klientel auf der anderen Seite unverhältnismäßig einengen. Darüber hinaus sei die Ausbildungsförderung auch unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit für den Laienhelfer in Frage zu stellen; dies insbesondere dann, wenn es sich bei dem Laienhelfer um einen 'ehemaligen' Abhängigkeitskranken handelt, der aus eigenem Erleben der Abhängigkeit über ein Erfahrungswissen verfügt, das von keinem Theoretiker besser vermittelt werden könnte.

Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P15'.

- 202) Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), Fort- und Weiterbildung 1985, Broschüre, S. 26,27.
- 203) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P16'.
- 204) Vgl.: Hughes, E.C., Men and Their Work, Toronto 1964, S.142.
- 205) Vgl.: Jauss, D., Buhringer, G., Inhalt und Beurteilung von Weiterbildungslehrgängen für die Therapie von Abhängigen, in: Suchtgefahren, Heft 1, 1985, S. 1-30.
- 206) Vgl. hierzu z.B.: Meinhold, M., Zum Stellenwert therapeutischer Interventionen in der Sozialarbeit, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 56-62.; Kordorff v.E., Die Strategie der Therapieisierung - Zum veränderten Handlungstyp in der Sozialarbeit, in: Neue Praxis, Heft 1, 1982, S. 1-11.; Neumann-Mehring, S., Feter, H., Von der Psychologisierung des Alltags zur 'therapeutischen' Sozialarbeit?, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 151-157.; Frommann, A., Sozialarbeit-Beratung-Therapie, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 37-48. Armendt, G., Beratung als staatliche Antwort auf soziale Emanzipationsbewegungen, in: Nagel, H., Seifert, M. (Hrsg.), Inflation der Therapieformen, Reinbeck 1979, S. 195-229.
- 207) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokolle 'P3'.
- 208) In diesem Zusammenhang ist auf die zwischen (klinischen) Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern geführte Diskussion zur Implementierung eines möglichen 'Psychotherapeutengesetzes' hinzuweisen, demgemäß nur den Psychologen eine gewisse Anerkennung als Heilberuf vorbehalten sein sollte.
vgl. hierzu z.B.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Diplom-Pädagogen e.V.,

AG Tübingen,

'Gefahr im Verzug' - Kritische Anmerkungen zum Gesetzentwurf zur Stellung nicht-ärztlicher Therapeuten im Gesundheits- und Sozialwesen. Gegen eine Trennung von sozialer und therapeutischer Hilfe, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 158-162.;

Neumann, W. u.a., Gegen ein medizinisches Krankheitsmodell, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 163-165.;

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft, Offener Brief an den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit Frau Antje Huber zum 'Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten', in Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 165-168.

- 209) Vgl. hierzu z.B.: Saake, E., Stichtenoth, H., Das 'Take-it-Haus'. Anmerkungen zur Vierstufentherapie bei Drogenabhängigen, in: Petzold, H., Vormann, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle Supervision, München 1980, S. 283-317.
- 210) Vgl. z.B.: Mitarbeiter des Daytop-Programms, Fridolfing, Daytop in Deutschland, in: Petzold, H. (Hrsg.), Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen, 2. unveränderte Auflage, Frankfurt 1980, S. 409-434;
Heckmann, W., Was Hänschen nicht lernt, kann Hans noch einmal lernen (Grete auch): Resozialisierung bei der Drogenhilfe Tübingen e. V., in: derselbe (Hrsg.), Vielleicht kommt es auf uns selber an, Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige, Frankfurt 1980, S. 129-199;
Müller, R., Schuller, K., Ischesche, A., "Freie Therapie" als totale Institution, in: Bossong, H., Marzahn, Ch., Scheerer, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, S. 59-70
"Spür das, spür Dein zittern, in: Der Spiegel, Nr. 23/1977, S. 195-200.
- 211) Vgl.: Scheerer, S., Drogentherapie und Grundgesetz, in: Bossong, H., Marzahn, Ch., Scheerer, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 84-96, insbesondere S. 90 ff.
- 212) Vgl.: ebenda, S 93 ff.
- 213) Vgl.: Anhang 12): Voraussetzungen für die Anerkennung stationärer Langzeiteinrichtungen nach §35 BTMG.
- 214) Vgl.: Müller, R., Schuller, K., Ischesche, A., "Freie Therapie" als totale Institution, in: Bossong, H., Marzahn, Ch., Scheerer, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 66 f.
- 215) Vgl. hierzu auch: Wirth, W., Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren, Frankfurt 1982.

- 216) Eine Darstellung der Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Strukturelementen findet sich unter anderem bei: Pugh, D.S., Hickson, D.J., Eine dimensionale Analyse bürokratischer Strukturen, in: Mayntz, R. (Hrsg.), Bürokratische Organisation, 2. Auflage, Köln 1971, S. 82-93.
- 217) Zur Unterscheidung von Konditional- und Zweckprogrammen vgl.: Luhmann, N., Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen, Tübingen 1968, S. 177 ff.
- 218) Eine konditionale Programmierung zeichnet sich insbesondere dadurch aus, das hier Problembzw. Zieldefinitionen ebenso wie die zur Zielerreichung einzusetzenden Mittel explizit vorgegeben sind; ein Abweichen von einer solchen 'Wenn (...) - dann (...) - Programmierung' ist in der Regel nicht möglich. Bezogen auf die soziale Hilfeleistungsproduktion in der Suchtkrankenarbeit bedeutet dies, daß gleichzeitig mit der Problemdefinition auch das Ziel der psychotherapeutischen Intervention feststeht; die Leistungsansprüche der Klienten sind in diesem Sinne ebenfalls vorgegeben und zum Teil rechtlich normiert. Ein Austaxieren der individuellen Hilfeleistung ist somit nur innerhalb dieser Grenzen möglich
- 219) Vgl. hierzu z.B.: 10 Jahre Regionales Verbundsystem Hamm, Hamm 1981 (ervielfältigte Maschinenschrift); Heckmann, W., Zur Einführung in ein mystifiziertes Gebiet sozialer Arbeit: Drogentherapie - Erfahrungen, Hoffnungen, Enttäuschungen, in: derselbe (Hrsg.), Praxis der Drogentherapie, Weinheim, Basel 1982, S. 7-31, hier insbesondere S. 23-29; Bäuerle, D., u.a., Praxis der Drogenberatung, Stuttgart 1980.
- 220) Zu dem konfliktbelasteten Verhältnis zwischen professionaler (fachlicher) Kompetenz auf der einen, (bürokratischer) Amtsautorität auf der anderen Seite vgl. z.B.: Scott, R.W., Konflikte zwischen Spezialisten und bürokratischen Organisationen, in: Mayntz, R. (Hrsg.), Bürokratische Organisation, 2. Auflage, Köln 1971, S. 201-216; Hartmann, H., Funktionale Autorität und Bürokratie, in: Mayntz, R. (Hrsg.), Bürokratische Organisation, 2. Auflage, Köln 1971, S. 191-200.
- 221) Vgl.: Wolff, St., Klinisch-psychologische Tätigkeit in sozialpsychiatrischen Institutionen - Administrative Bedingungen und Möglichkeiten ihrer alternativen Gestaltung, in: Keupp, H., Zaumseil, M. (Hrsg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen, Frankfurt 1978, S. 119-179, hier S. 146 ff.

F u ß n o t e n u n d A n m e r k u n g e n

Kapitel IV: Wirkungszusammenhänge aus der Formalstruktur des Makrosystems.

IV. Wirkungszusammenhänge aus der Formalstruktur des Makro-
systems

- 1) Vgl.: Raschke, F., Schliehe, F., Das Instrument der Modell-einrichtung als Problem der vertikalen Politikverflechtung zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene, in: Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Bürgernahe Sozialpolitik, S. 139-166.
- 2) Vgl. z.B.: Der Spiegel, Nr. 24/1980
- 3) Vgl.: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1985, S. 65 f; BT-Drucksache 10/3540, S. 11.
- 4) Vgl. z.B.: Der Spiegel, Nr. 52/1978.
- 5) Vgl.: EBIS-Jahresstatistik, Bd. 8, 1985, Freiburg, Hamm, 1986, S. 15 ff; BT-Drucksache 10/ 3540, S. 11.
- 6) Vgl. hierzu: Pressedienst des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Drogenbeauftragte warnen vor der Methadonabgabe an Süchtige, Bonn 1985, Nr. 75, in: BT-Drucksache 10/ 3540, Anlage 6; Vgl.: Quensel, St., Substitutionsmodelle - Rettung vor einer verfehlten Drogenpolitik, in: Neue Praxis, 1, 1981, S. 1-13.
- 7) Nach einer Entgiftungsbehandlung hat sich die physische Toleranzgrenze des Klienten gegenüber der mißbrauchten Substanz erheblich reduziert. Ein Rückfall in den Drogen- und Rauschmittelmißbrauch, der dieser geringen physischen Toleranz nicht ausreichend Rechnung trägt (aus Unvorsichtigkeit oder weil der Reinheitsgehalt des Stoffes unterschätzt wird), kann zu einer Überdosierung und damit zum Tod des Klienten führen. Diese Zusammenhänge gelten sowohl in bezug auf die harten illegalen Drogen (Opiate) als auch für Arznei- und Alkoholprodukte.
- 8) Vgl.: EBIS-Jahresstatistik, Bd. 8, 1985, a.a.O., S. 19-25.
- 9) Bundesweit lag die Erwerbslosenquote im Juni 1984 bei 7,2%; vgl.: Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1985.
- 10) Zur Wohnsituation der Klienten vgl. auch: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Erfahrungen und Folgerungen aus den ASS-Modellprojekten.
- 11) Die Prozentangaben sind der Mittelwert der in der EBIS-Jahresstatistik 1985 nach Männern und Frauen getrennt ausgewiesenen Behandlungsbedürftigen Probleme der Klienten, vgl.: EBIS-Jahresstatistik, Bd. 8, 1975, a.a.O., S. 23 f.

- 12) Vgl. z.B.: Kreuzer, A., Gebhardt, Ch., Maassen, M., Stein-
Hilber, M., Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminolo-
gische Untersuchung über Phänomenologie des Heroinkon-
sums und polizeiliche Drogenkontrolle, BKA-Forschungs-
reihe Nr. 14, Wiesbaden 1981;
Kappel, S. Scheerer, S., Das Fiasko der deutschen Drogenpo-
litik, in: Arbeitskreis junger Kriminologen (Hrsg.),
Kriminologisches Journal, 12. Jg. 1980, S. 46-58.
- 13) Vgl.: Materialien Gedächtnisprotokoll 'P19'.

A n h a n g



Anhang:

1. Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. November 1978; Anlage I: Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken
2. Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger - Vereinbarung Vorleistung/Drogen vom 22.10.1981
3. Auszug des Gutachtens zu dem Urteil des Verwaltungsgerichts Köln vom 29.11.1982 AZ 21 L 1549/82
4. Abkommen über eine Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker vom 17.05.1973 in der Fassung vom 06. 03.1981
5. Vereinbarung zur modellhaften Förderung von Einrichtungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol - und Medikamentenabhängiger vom 01.01.1985
6. Fernschreiben des BMJFG an die Gesundheitsressorts der Länder vom 21.09.1971
7. Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben
8. Vereinbarungen der EBIS-Arbeitsgemeinschaft (Mai 1981)
9. Modellkriterien des 'Großmodells'
10. Modellkriterien des 'Psychosozialen-Anschlußprogramms'
11. Auszug aus dem BTMG vom 28. Juli 1981
12. Voraussetzungen für die staatliche Anerkennung von stationären Langzeittherapien nach §35 BTMG (Richtlinien des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Umwelt von Rheinland-Pfalz
13. Sozialbericht

Empfehlungsvereinbarung

zwischen
dem Bundesverband der Ortskrankenkassen
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem Bundesverband der Innungskrankenkassen
der See-Krankenkasse
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
der Bundesknappschaft
dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
und
dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und
der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker
vom 20. November 1978

§ 1 Gegenstand

- (1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung stationärer Maßnahmen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke), wenn Leistungen sowohl der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung in Betracht kommen.
- (2) Eine Abhängigkeit im Sinne der Vereinbarung liegt vor, bei
 - Unfähigkeit zur Abstinenz
 - oder
 - Verlust der Selbstkontrolle
 - oder
 - periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.
- (3) Maßnahmen im Sinne dieser Vereinbarung sind stationäre Entwöhnungsbehandlungen und stationäre Entzugs-(Entgiftungs-)Behandlungen.

§ 2 Entwöhnungsbehandlungen

- (1) Stationäre Entwöhnungsbehandlung wird gewährt, wenn
 - der Abhängigkeitskranke voraussichtlich auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert werden kann,
 - die Abhängigkeit ambulant nicht erfolgreich behandelt werden kann,
 - der Abhängigkeitskranke motiviert und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen,
 - eine Entzugsbehandlung (§ 3) nicht erforderlich ist oder bereits durchgeführt ist.

(2) Für die Entwöhnungsbehandlung kommen nur Einrichtungen in Betracht, die die geforderten Voraussetzungen erfüllen. Über das Verfahren bei der Auswahl der Einrichtungen sollen die zuständigen Rentenversicherungsträger und Krankenkassenverbände Absprachen treffen.

(3) Art, Ort und Dauer der Entwöhnungsbehandlung bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Schwere der Krankheit und der persönlichen Verhältnisse des Abhängigkeitskranken. Bei der Bestimmung der Einrichtung sollen die im Sozialbericht enthaltenen Anregungen sowie die Wünsche des Abhängigkeitskranken angemessen berücksichtigt werden.

§ 3 Entzugsbehandlung

- (1) Stationäre Entzugsbehandlung wird gewährt, wenn sie für die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung erforderlich ist. Sie kommt in Betracht bei toxisch bedingten Versagenszuständen im somatischen und/oder psychischen Bereich, z. B. bei
 - drohenden komatösen Zuständen (Leberversagen u. a.),
 - Delirgefahr,
 - psychiatrischen Komplikationen (Depressionen, Suizidgefahr, akuten metaalkoholischen Psychosen usw.).
- Die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung ist von einem Arzt festzustellen.
- (2) Der nahtlose Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung ist anzustreben.

§ 4 Zuständigkeit

- (1) Für die Gewährung der Entwöhnungsbehandlung (§ 2) zuständig ist
 1. der Rentenversicherungsträger, wenn
 - die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die medizinischen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO, 13 AVG, 35 RKG (vgl. auch § 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 1) erfüllt sind,
 2. der Krankenversicherungsträger, wenn
 - die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO, 13 AVG, 35 RKG nicht erfüllt sind oder
 - wegen einer anderen Krankheit Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder droht und eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist.
- (2) Für die Gewährung der Entzugsbehandlung (§ 3) zuständig ist
 1. grundsätzlich der Krankenversicherungsträger,
 2. der Rentenversicherungsträger, wenn nach Beginn einer von ihm eingeleiteten Entwöhnungsbehandlung die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung festgestellt wird und diese in derselben Einrichtung durchgeführt werden kann.

§ 5 Verfahren

- (1) Der Antrag auf stationäre Maßnahmen ist unter Verwendung des Vordrucks der Rentenversicherung zu stellen. Dem Antrag sind beizufügen:
 - ein Gutachten des Vertrauensärztlichen Dienstes oder des Gutachterdienstes der Rentenversicherung über die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Prognose (§ 2 Abs. 1) auf Vordruck
 - Sozialbericht auf Vordruck nach Muster.
- (2) Ist der Antrag bei einem Krankenversicherungsträger gestellt worden und hält dieser den Rentenversicherungsträger für zuständig (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1), leitet er die Antragsunterlagen umgehend an den Rentenversicherungsträger weiter.
- (3) Der Rentenversicherungsträger entscheidet unverzüglich über den Antrag und leitet ggf. die Entwöhnungsbehandlung ein. Er informiert den Krankenversicherungsträger über seine Entscheidung. Ist vor der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung erforderlich, leitet der Krankenversicherungsträger diese ein, nachdem er sich mit dem Rentenversicherungsträger

über Beginn und Dauer der Entzugsbehandlung abgestimmt hat

(4) Ist in Ausnahmefällen aus zwingenden medizinischen Gründen die sofortige Einleitung einer Entzugsbehandlung erforderlich, so kann der Krankenversicherungsträger eine in unmittelbarem zeitlichen Anschluß daran erforderliche Entwöhnungsbehandlung im Einvernehmen mit dem Rentenversicherungsträger unter vorläufiger Kostenzusage einleiten. Die sich aus § 4 Abs. 1 ergebende Leistungszuständigkeit wird in diesem Fall nachträglich festgestellt.

(5) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1 Nr. 1:

Die Vertragspartner gehen davon aus, daß eine Entwöhnungsbehandlung ausschließlich zum Zwecke der Eingliederung in die Gesellschaft grundsätzlich nicht in Betracht kommen kann; der Hinweis auf § 2 Abs. 1 erweitert daher nicht den Leistungsumfang der Rentenversicherung.

§ 6 Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt am 1. 1. 1979 in Kraft.

Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag (§ 5 Abs. 1) nach dem 31. 12. 1978 gestellt worden ist.

(2) Die Vereinbarung kann mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären

Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken

Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken können belegt werden wenn sie mindestens die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllen und ein entsprechender Bedarf an Plätzen vorhanden ist.

1. Der Träger der Einrichtung muß
 - 1.1 Mitglied in einem Freien Wohlfahrtsverband sein
oder
 - 1.2 eine juristische Person des öffentlichen Rechts sein
oder
 - 1.3 über eine Konzession nach §30 der Gewerbeordnung verfügen.
2. Die Einrichtung muß ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das unter anderem Aussagen zur Anfangsdiagnostik zum Behandlungsplan und zur Epikrise enthält und damit die Effektivität der Gesamtbehandlung überprüfbar macht. Die Einrichtung muß außerdem bereit sein, sich in einem noch festzulegenden Umfang an Effektivitätskontrollen zu beteiligen.
- 3.1 In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene
 - 3.1.1 Ärzte,
 - 3.1.2 Diplom-Psychologen,
 - 3.1.3 Sozialarbeiter, Sozialpädagogen sowie
 - 3.1.4 Arbeits- und Beschäftigungstherapeutenzur Verfügung stehen.
- 3.2 Sie sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben. Als Zusatzausbildung kommen z.B. in Betracht:
bei den unter 3.1.1 bis 3.1.4 aufgeführten Therapeuten
 - Ausbildung zum Suchtkrankentherapeuten oder
 - Gesprächstherapie nach ROGERS oder
 - Verhaltenstherapie oder
 - Psychodrama oderbei den unter 3.1.4 aufgeführten Therapeuten auch
 - eine Zusatzausbildung als Arbeitserzieher.

4. Die Einrichtung muß einen ärztlichen Leiter haben. Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein.
Innerhalb der Therapie sollen die unter 3.1.1 bis 3.1.3 aufgeführten Therapeuten gleichberechtigt zusammenarbeiten.
5. Die Einrichtung muß einen ausgebildeten Psychotherapeuten haben. Dabei kann es sich um einen Arzt oder einen klinischen Diplom-Psychologen oder einen Diplom-Psychologen mit vergleichbarer Ausbildung handeln.
6. Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll
bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 Patienten,
bei Drogenabhängigen für jeweils 6-7 Patienten
einer der unter 3.1.1 bis 3.1.3 aufgeführten Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein.
Darüber hinaus sollen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und weitere übergreifend tätige Therapeuten (z.B. Sporttherapeuten, Musiktherapeuten) in ausreichender Zahl vorhanden sein.
7. Die regelmäßige Fortbildung des therapeutisch tätigen Personals ist sicherzustellen.
8. Die Einrichtung muß in ihrem medizinischen Bereich ausreichend viel ausgebildetes Pflegepersonal (mindestens eine(n) examinierte(n) Krankenschwester/Krankenpfleger) haben.
9. Der Einrichtung muß ein ständig funktionsfähiges, nach den anerkannten Regeln der inneren und äußeren Qualitätskontrolle arbeitendes, medizinisch-technisches Laboratorium zur Durchführung aller in Betracht kommenden klinisch-chemischen und hämatologischen Untersuchungen zur Verfügung stehen.
10. Die Größe der Einrichtung soll sowohl ökonomischen Erfordernissen gerecht werden als auch die Überschaubarkeit und notwendige therapeutische Atmosphäre gewährleisten. Dabei können die in der Psychiatrie-Enquete ausgesprochenen Empfehlungen als Orientierungshilfe dienen.
Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte soll die Zahl der Behandlungsplätze bei Einrichtungen für
Alkohol- und Medikamentenabhängige mindestens 30 und nicht wesentlich mehr als 100,
Drogenabhängige höchstens 30
betragen. Für Einrichtungen mit einer wesentlich größeren Zahl an Behandlungsplätzen muß der Träger darlegen, wie die Einrichtung den Anforderungen an die Überschaubarkeit und an das therapeutische Klima gerecht wird.



Empfehlungsvereinbarung

zwischen

dem Bundesverband der Ortskrankenkassen,
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem Bundesverband der Innungskrankenkassen,
der Seelkrankenkasse,
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
der Bundesknappschaft,
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.,
dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger,
dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen und
der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger — Vereinbarung Vorleistung/ Drogen —

vom 22. Oktober 1981

Die am 20. November 1978 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger abgeschlossene Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Sucht-Vereinbarung) hat eine spürbare Verbesserung des Rehabilitationsverfahrens durch frühzeitige Einleitung und nahtlose Durchführung notwendiger Maßnahmen bewirkt.

Anders als bei anderen Gruppen Abhängigkeitskranker bereitet jedoch bei Drogenabhängigen die Feststellung des für die Gewährung der Entwöhnungsbehandlung zuständigen Leistungsträgers wegen der besonderen Sozialstruktur dieses Personenkreises häufig Schwierigkeiten. Vielfach kann erst nach intensiven und zeitraubenden Bemühungen festgestellt werden, ob Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung oder Krankenversicherung bestehen oder Hilfeberechtigung nach dem BSHG gegeben ist.

Um sicherzustellen, daß die unverzügliche Einleitung der Entwöhnungsbehandlung nicht durch die Fest-

stellung des zuständigen Leistungsträgers verzögert wird, treffen die obengenannten Spitzenverbände der Rehabilitationsträger folgende Empfehlungsvereinbarung:

§ 1

Gegenstand

- (1) Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger. Sie ergänzt insoweit die „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ — Suchtvereinbarung — vom 20. November 1978.
- (2) Die Vereinbarung gilt für Entwöhnungsbehandlungen, bei denen zum Zeitpunkt des Leistungsantrages Zweifel darüber bestehen, ob ein Sozialleistungsträger oder welcher Sozialleistungsträger aus dem Bereich der Vereinbarungspartner zuständig ist.

(3) Sind Anhaltspunkte für eine Leistungsverpflichtung der Träger der Krankenversicherung und/oder Rentenversicherung einschließlich der Altershilfe für Landwirte nicht erkennbar, findet die Vereinbarung keine Anwendung

(4) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.

§ 2

Vorleistungspflichtiger Träger

(1) In den Fällen des § 1 Abs. 2 tritt die für den Wohnort des Drogenabhängigen zuständige Landesversicherungsanstalt mit vorläufigen Leistungen ein; ist der Wohnort nicht bekannt, richtet sich die Zuständigkeit nach dem Aufenthaltsort.

(2) Bestehen Anhaltspunkte, daß der letzte Beitrag zur Rentenversicherung der Angestellten oder zur knappschaftlichen Rentenversicherung entrichtet wurde, tritt die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte oder die Bundesknappschaft mit vorläufigen Leistungen ein.

§ 3

Verfahren

(1) Stellt der den Antrag entgegennehmende Sozialleistungsträger fest, daß die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 vorliegen, leitet er den Antrag mit den nach § 5 Abs. 1 der Suchtvereinbarung erforderlichen Unterlagen unverzüglich an den nach § 2 vorleistungspflichtigen Rentenversicherungsträger weiter. Dieser leitet unter vorläufiger Kostenzusage die Entwöhnungsbehandlung unverzüglich ein.

(2) Die Vorleistung endet mit Übernahme der Leistung durch den endgültig zuständigen Träger.

§ 4

Erstattungen

(1) Stellt sich heraus, daß ein Krankenversicherungsträger oder ein Träger der Altershilfe für Landwirte für die Gewährung der Entwöhnungsbehandlung endgültig zuständig ist, regelt sich die Erstattung nach § 10 der Gesamtvereinbarung über die Gewährung vorläufiger Leistungen vom 1. Januar 1978

(2) Ist weder ein Rentenversicherungsträger noch ein Träger der Altershilfe für Landwirte noch ein Krankenversicherungsträger für die Entwöhnungsbehandlung endgültig zuständig, erstattet der örtlich zuständige Sozialhilfeträger dem vorleistenden Rentenversicherungsträger die entstandenen Sachkosten der Behandlung. Örtlich zuständig ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich sich der Drogenabhängige zum Zeitpunkt der Antragstellung aufgehalten hat.

(3) Der Sozialhilfeträger macht gegenüber dem vorleistenden Rentenversicherungsträger nicht geltend, daß durch die Vorleistung die Hilfebedürftigkeit im Sinne des BSHG beseitigt wurde.

(4) Stellt der Sozialhilfeträger fest, daß ein Anspruch auf Hilfe in besonderen Lebenslagen durch § 28 BSHG ausgeschlossen ist, so erstattet er dem vorleistenden Rentenversicherungsträger dennoch die Aufwendungen. Der Anspruch auf Sozialhilfe wird in diesen Fällen nur für die Zukunft abgelehnt.

§ 5

Inkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1.1.1982 in Kraft. Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag auf Durchführung einer stationären Entwöhnungsbehandlung nach dem 31.12.1981 gestellt wurde.

(2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.



Hinweise für die Zuständigkeitsprüfung:

Entwöhnungsbehandlung:

Für die Gewährung von Entwöhnungsbehandlungen ist/sind zuständig:

1. die Landesversicherungsanstalten, wenn

- der Drogenkranke in ihrem Geschäftsbereich wohnt - ist der Wohnort nicht bekannt, richtet sich die Zuständigkeit nach dem Aufenthaltort - und
- die versicherungsrechtlichen und die sozialmedizinischen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO und 6 GAL oder die Voraussetzungen zur Gewährung vorläufiger Leistungen nach § 6 Abs. 2 RehaAngiG vorliegen

2. der Krankenversicherungsträger, wenn

- der Drogenkranke Versicherter der Krankenkasse ist und
- die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO und 6 GAL nicht erfüllt sind oder wegen einer anderen Krankheit Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder droht und eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist und
- die gesetzlichen Voraussetzungen der §§ 184 a RVO/17 a KVLG vorliegen

der Landschaftsverband, wenn

- der Drogenkranke zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens des Bedarfs seinen tatsächlichen Aufenthalt (§ 97 Abs. 1 BSHG) im Bereich des Landschaftsverbandes hat und
- keine Ansprüche gegenüber dem Renten- oder Krankenversicherungsträger (siehe Ziffern 1 bis 2) bestehen und
- die Leistungsvoraussetzungen nach dem BSHG gegeben sind.

Für die Entwöhnungsbehandlungen erteilt die Arbeitsgemeinschaft zu Lasten der Landesversicherungsanstalt, einer landwirtschaftlichen Alterskasse oder einer Krankenkasse eine vorläufige Kostenzusage, wenn zu erkennen ist, daß die Leistungsvoraussetzungen nach §§ 1236, 6 GAL, 184 a RVO oder 17 a KVLG gegeben sein könnten oder nach § 6 Abs. 2 RehaAngiG eine Vorleistungspflicht besteht. Ansonsten erteilt der Landschaftsverband die Kostenzusage, soweit die Leistungsvoraussetzungen nach dem BSHG gegeben sind und kein Anspruch gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger besteht.

Für die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung kommen nur Einrichtungen in Betracht, die im Verzeichnis der anerkannten Häuser in der jeweils geltenden Fassung aufgeführt sind (s. S. 509).

Verfahren:

Die Anträge sind grundsätzlich vor Beginn der Behandlung zu stellen und zu richten an

die Arbeitsgemeinschaft Sucht:

1. wenn laut Eintragungen im Antragsvordruck die Zuständigkeit einer LVA bzw. eines Krankenversicherungsträgers (siehe Ziffern 1 und 3) gegeben ist (= bisherige Verfahrensweise)
2. wenn ein Krankenversicherungsträger bzw. eine LVA zuständig sein kann (Vorleistung)

den Landschaftsverband:

In den übrigen Fällen, wenn der Drogenkranke zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens des Bedarfs seinen tatsächlichen Aufenthalt (§ 97 Abs. 1 BSHG) im Bereich des Landschaftsverbandes hat.

Es müssen folgende Unterlagen eingereicht werden:

der Arbeitsgemeinschaft Sucht:

dem Landschaftsverband:

1. ein Antrag

auf dem Vordruck der Arbeitsgemeinschaft Sucht

Es ist zusätzlich das als Anlage beigelegte Einlegeblatt auszufüllen und einzureichen.

2. ein ärztliches Gutachten

auf dem Vordruck der Arbeitsgemeinschaft Sucht

Anmerkung:

Auf die Einholung dieses Gutachtens kann verzichtet werden, wenn medizinische Unterlagen vorliegen, die den Anforderungen des Vordruckgutachtens entsprechen.

Das Gutachten ist grundsätzlich von einem Amtsarzt erstellen zu lassen; die Erstellung erfolgt kostenfrei.

Auf das amtsärztliche Gutachten kann verzichtet werden, wenn bereits ein eingehendes fachärztliches Gutachten vorliegt.

3. ein Sozialbericht

möglichst unter Verwendung des bundeseinheitlich geschaffenen Vordrucks. Es gelten die bisher getroffenen Regelungen des jeweiligen Sozialleistungsträgers.

Leistungsumfang:

Leistet eine Arbeitsgemeinschaft zu Lasten der Landesversicherungsanstalt vor, werden bis zur endgültigen Klärung der Zuständigkeit ggf. lediglich Vorschüsse auf Barleistungen gezahlt.

Die Vorleistung endet mit Übernahme der Leistung durch den endgültig zuständigen Träger.

Sobald der Landschaftsverband die weitere Abwicklung des Vorgangs übernimmt, verlangt er einen Beitrag (Beteiligung des Hilfeempfängers oder Dritter an den Kosten der Sozialhilfe nach den Bestimmungen des Abschnittes 4 des BSHG) für die Zukunft.

Kommt er zu dem Ergebnis, daß Sozialhilfe wegen ausreichenden Einkommens und Vermögens oder entsprechender Ansprüche gegenüber Dritten nicht gewährt werden kann, wird für die Zukunft die

Gewährung von Sozialhilfe abgelehnt. Der Drogenkranke erhält hierüber einen Bescheid.

Vordrucke:

Die nach der Vereinbarung erforderlichen Vordrucke können bei der Arbeitsgemeinschaft, das Einlageblatt beim Landschaftsverband angefordert werden.

Wir bitten Sie, die vorstehenden Ausführungen zu beachten und die Betreuten über das Verfahren, insbesondere auch über den Leistungsumfang zu informieren.

Inkrafttreten:

Nach diesem Rundschreiben ist ab sofort zu verfahren.



- 3) Auszug aus dem Gutachten zu einem Urteil des Verwaltungsgerichts Köln vom 29.11.1982, AZ 21 L 1549/82

Vorbemerkung:

Bei der hier - aus Gründen des Datenschutzes - nicht namentlich genannten Einrichtung handelt es sich um eine stationär organisierte Selbsthilfeinitiative im Nachsorgebereich. Die Einrichtung wird von ehemaligen Abhängigkeitskranken geleitet. Neben einem der Einrichtung konsultativ angeschlossenen Arzt sowie einem professionellen Suchtkrankenhelfer liegt die 'therapeutische' Versorgung in den Händen von 'Ehemaligen'. Bei der Klientel handelt es sich um Alkoholabhängige, die sämtlich auf eine Reihe erfolglos gebliebener professioneller Langzeittherapien zurückblicken können und nach professioneller Einschätzung als therapieresistent eingestuft werden.

Obwohl sich die Einrichtung seit langer Zeit um die Anerkennung als eine stationär organisierte Selbsthilfeeinrichtung bemüht, wurde ihr diese Anerkennung bisher verweigert. Der Einrichtung wird dabei nicht nur von seiten professioneller Suchtkrankenhelfer die fachliche Eignung zur Bewältigung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker abgesprochen. Da die Einrichtung - als eine Nachsorgeeinrichtung - keine medizinische Rehabilitation im Sinne der RVD leistet und auch den personellen Ansprüchen des Sozialhilfeträgers (als dem zuständigen Kostenträger bei Wiedereingliederungshilfen nach dem BSHG) nicht genügt, kann sich die Einrichtung nicht über Pflegesätze kostendeckend finanzieren; eine kontinuierliche Fortsetzung der Arbeit ist nicht gewährleistet.

Das nachfolgende Zitat stellt einen Auszug aus einem Expertengesprächs dar, das die Eignung der Einrichtung zur Wiedereingliederung therapieresistenter Alkoholiker aus professioneller Sicht beurteilt werden soll.

"(...). Die zweite Frage, die das Gericht prüft, inwiefern der '(...)' eine geeignete Einrichtung ist, um die notwendige Wiedereingliederungshilfe zu leisten. (...). Die Frage, welche Einrichtung für welchen Klienten im Einzelfall notwendig ist, ist oft eine schwierige Frage. Zur Beurteilung dieser Frage, ist auf jeden Fall das Urteil eines Psychologen oder psychologisch geschulten Arztes erforderlich. Zusätzlich wäre das Urteil eines Sozialarbeiters zu hören. Die Notwendigkeit ergibt sich daraus, daß zu einer Entscheidung geprüft werden muß, wie weit organische Folgeschäden vorhanden sind, wieweit die Persönlichkeit des Alkoholikers durch den Alkoholmißbrauch gelitten hat. Schließlich wie weit die Persönlichkeit überhaupt geeignet ist, durch bestimmte Maßnahmen im positiven Sinne verändert zu werden. Eine Beurteilung durch ehemalige Suchtkranke allein kann in keinem Falle ausreichend sein.

Im Sinne dieser Ausführung lassen sich allgemeine Angaben darüber, wie sozialtherapeutische Einrichtungen (Übergangseinrichtungen) sachlich, konzeptionell und personell ausgestattet sein sollen, nicht machen.

Zur Frage wie weit Exuser bei der Rehabilitation von Suchtkranken eingesetzt werden können: Sie können nicht als professionelle Helfer wie im "(. .)" eingesetzt werden. Sie lassen sich nur da einsetzen, wo es im echten Sinne auf Selbsthilfe ankommt. In den Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker z.B. sind sie unentbehrlich. Wenn es um Selbsthilfe geht, muß sie auch als solche praktiziert werden; d.h. der Suchtkranke muß mit eigenen Kräften versuchen, sich selbst zu stabilisieren. Diese Selbsthilfe bedeutet vor allen Dingen, daß er sich ökonomisch unabhängig macht. Alkoholranke neigen dazu, in jede Form von Abhängigkeit zu geraten (sei es personelle, finanzielle oder medikamentöse). Professionelle Hilfe führt zwangsläufig dazu, daß der Suchtkranke in eine neue, nämlich therapeutische Abhängigkeit gerät. Die Tatsache, daß eine Abhängigkeitskrankheit durch eine vorübergehend in Kauf genommene Abhängigkeit behandelt werden soll, bedeutet eine Gefahr, die nur aufgefangen werden kann, wenn der betreffende Helfer darin speziell geschult ist, d.h. ein professioneller Helfer ist. Mit Exusern allein läßt sich diese Sache nicht machen."

(Hervorhebungen nicht im Original)

Gutachten zu einem Urteil des Verwaltungsgerichts Köln
AZ 21 L 1549/82, S. 14 f. (vervielfältigte Maschinenschrift).



A b k o m m e n

über eine Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation
Suchtkranker vom 17.05.73 in der Fassung vom 06.03.81

§ 1

Abkommenspartner, Aufgabe, Sitz und Name

- (1) 1.1 Der Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe,
1.2 der Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
1.3 der Landesverband der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
1.4 der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
1.5 der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.
- handelnd für ihre Mitglieds-kassen -
1.6 die Westfälische landwirtschaftliche Krankenkasse,
1.7 die Lippische landwirtschaftliche Krankenkasse,
1.8 die Westfälische landwirtschaftliche Alterskasse,
1.9 die Lippische landwirtschaftliche Alterskasse u n d
1.10 die Landesversicherungsanstalt Westfalen

bilden die Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation
Abhängigkeitskranker (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhän-
gige).

(2) Im Auftrage der Abkommenspartner führt die Arbeitsgemein-
schaft stationäre Maßnahmen nach Maßgabe der hierfür erlasse-
nen Richtlinien für Abhängigkeitskranke durch, wenn Leistungen
der Krankenversicherung und / oder der Rentenversicherung in
Betracht kommen. Diese Richtlinien sind Bestandteil des Abkom-
mens.

Die Westfälische Arbeitsgemeinschaft kann im Rahmen der jeweils
geltenden gesetzlichen Bestimmungen nur Maßnahmen bewilligen
für Versicherte, Rentner und Familienangehörige der in Abs. 1
genannten Sozialversicherungsträger. Für Versicherte und Rent-
ner der BfA, der Bundesknappschaft sowie der Sonderanstalten
Bundesbahn-Versicherungsanstalt und Seekasse können Leistungs-
verpflichtungen nicht eingegangen werden. Entsprechende Anträge
sind diesen Stellen unverzüglich zuzuleiten.

...

(3) Die Arbeitsgemeinschaft arbeitet mit den Stellen und Organisationen eng zusammen, die Abhängigkeitskranke betreuen. Sie ist ermächtigt, erforderliche Absprachen zu treffen und Verträge zu schließen.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft hat ihren Sitz bei der Landesversicherungsanstalt Westfalen, Gartenstraße 194, 4400 Münster, und führt die Bezeichnung "Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker". Im Schriftverkehr mit dem Betreuten, seinem Arbeitgeber u.a. verwendet sie die Bezeichnung "Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation".

§ 2

Geschäftsführung und Verwaltung

(1) Die Landesversicherungsanstalt Westfalen in Münster übernimmt die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft. Sie trägt die entstehenden Verwaltungskosten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft lädt mindestens einmal jährlich zu einer Sitzung der Abkommenspartner (Mitgliederversammlung) ein, darüber hinaus, wenn sie selbst oder einer der Abkommenspartner eine Mitgliederversammlung für erforderlich hält. Die Leitung der Mitgliederversammlung liegt bei der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft.

§ 3

Inkrafttreten

(1) Das Abkommen ist am 01.06.73 in Kraft getreten. Es kann von jedem Abkommenspartner gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Monate zum Abschluß eines Kalenderjahres. Eine Änderung des Abkommens bedarf der Zustimmung aller Abkommenspartner.

(2) In der vorliegenden Fassung tritt das Abkommen am 06.03.81 in Kraft.

Zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger ist am 20.11.78 eine Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungs- und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker getroffen worden, die am 01.01.79 in Kraft trat.

Entsprechend dieser Vereinbarung ist das Abkommen über die Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranke vom 17.05.73 rückwirkend ab 1. Januar 1979 den veränderten Verhältnissen angepaßt worden.

Auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung und des Abkommens erhalten die Richtlinien für die Zeit ab 06.03.81 folgende Fassung:

1. Aufgaben der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle nimmt die Geschäfte der laufenden Verwaltung wahr. Dazu gehören insbesondere

1.1 stationäre Entzugs- und/oder Entwöhnungsbehandlungen einzuleiten und zu bewilligen oder abzulehnen

- das gilt für Entzugsbehandlungen nur, wenn sie im Landeskrankenhaus durchgeführt werden -,

Kostenzusagen für eine sonstige Behandlung in einem Landeskrankenhaus zu erteilen

- es handelt sich hier um die Behandlung, die zwischen einer Entzugs- und einer konkret vorgesehenen Entwöhnungsbehandlung liegt.

Kostenzusagen für eine psychiatrische Behandlung in einem Landeskrankenhaus, die sich an eine Entzugsbehandlung anschließt, zu erteilen

- hier muß die psychiatrische Erkrankung im Vordergrund der Behandlung stehen. Organleiden und Folgeleiden werden mitbehandelt. Die Zuständigkeit der Arge ist nicht gegeben, wenn die Behandlung eines Organleidens einschließlich Folgeschäden im Vordergrund steht.

- 1.2 Belegungsabsprachen zu treffen, Pflegesatzvereinbarungen u. ä. abzuschließen,

- die Geschäftsstelle berücksichtigt bei ihren Absprachen die auf Bundesebene zwischen den Verbänden der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung aufgestellten Grundsätze (z. B. die Auswahlkriterien) sowie die bundeseinheitlich vorgesehenen Vordrucke (z. B. Sozialbericht). Die Behandlungsstätten haben ihr Therapiekonzept vorzulegen.

Die Geschäftsstelle berichtet anlässlich der Mitgliederversammlungen über nicht mehr belegte Behandlungsstätten und solche Behandlungsstätten, mit denen zwischenzeitlich Belegungsabsprachen getroffen wurden.

- 1.3 die Behandlungsstätten zu überwachen,

- 1.4 mit den Stellen und Organisationen, die Abhängigkeitskranke betreuen, zusammenzuarbeiten.

2. Einleitung der Verfahren bei der Arbeitsgemeinschaft

- 2.1 Der Antrag auf Gewährung einer stationären Maßnahme kann bei

den Gesundheitsämtern,
den Trägern eines freien Wohlfahrtsverbandes,
den gesetzlichen Krankenkassen,
der LVA Westfalen,
den landwirtschaftlichen Alterskassen und
im Einzelfall beim Landschaftsverband
Westfalen-Lippe (Landeskrankenhäuser)

gestellt werden. § 16 SGB I bleibt unberührt.

Es sind die Vordrucke der Arbeitsgemeinschaft zu verwenden. Der Antrag ist vom Versicherten bzw. seinem Vormund oder Pfleger zu unterschreiben.

Falls die Antragsaufnahme bei einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgt, führt diese die Vorprüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der gesetzlichen Rentenversicherung wie bei den sonstigen Rehabilitationsanträgen durch.

2.2 Dem Antrag sind beizufügen:

- 2.2.1 Ein ärztliches Gutachten auf dem Vordruck der Arbeitsgemeinschaft. (Auf die Einholung des Vordruck-Gutachtens kann verzichtet werden, wenn medizinische Unterlagen vorliegen, die eine Bescheidung ermöglichen.)

Eine Begutachtung ist erst dann zu veranlassen, wenn der Betreute ausreichend ambulant vorbereitet und motiviert sowie ein Antrag (Ziffer 2.1) aufgenommen worden ist. Zuständig hierfür ist entweder die Arbeitsgemeinschaft oder eine Beratungsstelle, wenn diese für einen Betreuten eine Entwöhnungsbehandlung beantragt.

- 2.2.2 Ein von einem Sozialarbeiter einer Beratungsstelle in zweifacher Ausfertigung erstellter Sozialbericht, möglichst unter Verwendung des von der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung gestellten Vordrucks. Dem Sozialbericht ist jeweils eine vom Betreuten unterschriebene Erklärung beizufügen, in der er bestätigt, von den gesetzlichen Bestimmungen über den Umfang seiner Mitwirkungspflichten Kenntnis genommen zu haben sowie damit einverstanden zu sein, daß der Sozialbericht dem Sozialleistungsträger und der Behandlungsstätte zur Verfügung gestellt wird.

- 2.2.3 Eine Erklärung, daß der Betreute sich freiwillig der stationären Maßnahme unterziehen will und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen und welche Stelle diese übernehmen wird.

Auf diese Erklärung kann nicht verzichtet werden, weil der Nachsorge ein hoher Stellenwert beigemessen wird.

Durch die Nachsorge selbst entstehen den Rehabilitationsträgern keinerlei finanzielle Verpflichtungen.

- 2.2.4 Eine Erklärung, daß eine erforderliche Reisebegleitung bei Antritt der Maßnahme sichergestellt ist.

- 2.3 Sofern der Antrag nicht bei einer Krankenkasse aufgenommen wird, ist er über die Krankenkasse des Betreuten der Arbeitsgemeinschaft zuzuleiten.

- 2.4 Entwöhnungsbehandlungen werden von der Arbeitsgemeinschaft nur bewilligt, wenn der Antrag vor Beginn der Behandlung gestellt und die Entscheidung der Arbeitsgemeinschaft abgewartet worden ist. Dies gilt auch für die Entzugsbehandlungen, soweit nicht ein Notfall vorliegt.

Eine nachträgliche Kostenübernahme scheidet aus, falls nicht besondere Umstände eine andere Entscheidung gebieten.

- 2.5 Befindet sich ein Abhängigkeitskranker aus anderen Gründen in Krankenhausbehandlung, so kann eine notwendige Entwöhnungsbehandlung nach den Kriterien der Ziffern 2.1 bis 2.4 durch das Krankenhaus eingeleitet werden, wobei eine Vorabinformation der Arbeitsgemeinschaft erfolgen sollte.

Entwöhnungsbehandlungen können nicht im Rahmen des sog. "Anschlußheilbehandlungsverfahrens" der LVA Westfalen eingeleitet werden.

3. Leistungsrahmen

3.1 Gesetzliche Krankenkassen

Die Krankenkassen tragen im Rahmen der für sie maßgebenden Bestimmungen die Kosten der Entzugsbehandlungen und der Entwöhnungsbehandlungen (vgl. § 4 der Empfehlungsvereinbarung nach den §§ 184 / 184 a RVO / 17 / 17 a KVLG), sowie der sonstigen und psychiatrischen Behandlungen in einem Landeskrankenhaus (vgl. 1.1 der Richtlinien).

3.2 Landesversicherungsanstalt / Landwirtschaftliche Alterskassen

Die LVA / die landwirtschaftlichen Alterskassen übernimmt / übernehmen die Kosten der Entwöhnungsbehandlungen (§ 2 der Empfehlungsvereinbarung) und der Entzugsbehandlungen (§ 3 der Empfehlungsvereinbarung), soweit sie gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 der Empfehlungsvereinbarung dafür zuständig sind im Rahmen der für sie maßgebenden Bestimmungen nach §§ 1236 ff. RVO / 6 und 7 GAL.

Maßnahmen für Altersruhegeldempfänger / Altersgeldempfänger können zu Lasten der Rentenversicherung / Altershilfe für Landwirte nicht gewährt werden.

- 3.3 Sofern die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Gewährung der begehrten Entwöhnungsbehandlung durch die gesetzliche Rentenversicherung (§ 1236 Abs. 1 RVO) nicht erfüllt sind, kann zu Lasten einer Krankenkasse eine Kostenzusage nur erteilt werden, wenn wegen einer anderen Krankheit Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder droht und eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist.

3.4 Ist ungeklärt, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegen, so gilt bei Entwöhnungsbehandlungen § 6 RehaAnglG, nach dem der Rentenversicherungsträger vorleistungspflichtig ist.

3.5 Zum Leistungsumfang des einzelnen Kostenträgers gehören auch die Vergütungen für die Einleitungsgutachten und evtl. erforderliche Arztgutachten bei Verlegungen. Das gilt auch dann, wenn der Antragsteller nach Abgabe der Freiwilligkeitserklärung von der Entzugs- / Entwöhnungsbehandlung zurücktritt.

4. Verwaltungsverfahren

4.1 Die Arbeitsgemeinschaft entscheidet über den Antrag und legt die Behandlungsstätte fest. Sie hat dabei die Zuständigkeitsregelungen, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die Leistungsansprüche gegen die Kostenträger zu beachten.

Vorschläge, die die Beratungsstelle oder der Betreute hinsichtlich der Wahl der Behandlungsstätte machen, werden angemessen berücksichtigt.

Die Arbeitsgemeinschaft erteilt dem Versicherten / Betreuten im Auftrage des zuständigen Kostenträgers einen Bescheid und unterrichtet hierüber den Kostenträger, die gesetzliche Krankenkasse, die Beratungsstelle und - soweit vorhanden - den behandelnden Arzt. Die Behandlungsstätte erhält die Kostenzusage.

Die Bearbeitung der Vorgänge bei der Arbeitsgemeinschaft wird in das generelle Verwaltungsverfahren der LVA Westfalen eingebunden. Abweichungen erfolgen nur, soweit diese aus der Betreuung von Abhängigkeitskranken unumgänglich sind.

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten von Entzugsbehandlungen ist nicht, daß eine stationäre Entwöhnungsbehandlung folgt.

Auch ist der freiwillige Antritt einer Entzugsbehandlung nicht Voraussetzung für die Kostübernahme.

Kostenzusagen für Entwöhnungsbehandlungen sind für die gewöhnliche Dauer zu erteilen.

Kosten für Angehörigenseminare werden übernommen. Sie sind nicht auf Familienheimfahrten bzw. Besuchsfahrten eines Angehörigen anzurechnen.

Als Angehörige im Sinne dieser Richtlinien gelten:

1. Ehegatten
2. Verlobte
3. Verwandte 1. Grades
(Eltern und Kinder - gerade Linie -)
4. Verwandte 2. Grades
(Großeltern und Enkel - gerade Linie -,
Geschwister - Seitenlinie -)
5. Verschwägerter 1. Grades
(Stiefeltern und Stiefkinder - gerade Linie -,
Schwiegereltern und Schwiegerkinder - gerade
Linie -)
6. Verschwägerter 2. Grades
(Großeltern mit dem Ehegatten ihres Enkels
- gerade Linie -,
Stiefeltern und Kinder der Stiefkinder
- gerade Linie -,
Ehegatten mit den Geschwistern des anderen
Ehegatten - Seitenlinie -)
7. Vormünder
(soweit sie natürliche Personen sind)
8. Pfleger
(soweit sie natürliche Personen sind)

9. Bewährungshelfer

10. Haushaltsführerin des Betreuten

(vgl. § 56 Abs. 4 SGB F)

4.2 Ist der Leistungsanspruch bei Eingang der Bescheiddurchschrift nicht mehr gegeben oder entfällt er vor Beginn der Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung, so widerruft der bisher zuständige Kostenträger gegenüber dem Betreuten schriftlich die Entscheidung und übersendet der Arbeitsgemeinschaft und der Behandlungsstätte eine Durchschrift des Widerrufsbescheides. Steht der Einberufungstermin unmittelbar bevor, so unterrichtet der bisher zuständige Kostenträger diese Stellen vorab fernmündlich über den Widerruf.

4.3 Der Aufnahmetag wird dem Betreuten und der Beratungsstelle, sofern der Antrag von einer solchen aufgenommen wurde, von der Behandlungsstätte schriftlich auf einem Vordruck der Arbeitsgemeinschaft mitgeteilt.

Von der erfolgten Aufnahme werden die Arbeitsgemeinschaft und die gesetzliche Krankenkasse, der der Betreute angehört, unterrichtet.

Ist eine Alterskasse Kostenträger, wird sie von der Arbeitsgemeinschaft über die erfolgte Aufnahme informiert.

4.4 Beantragt die Behandlungsstätte in Ausnahmefällen mit besonderer Begründung eine Verlängerung der bewilligten Behandlungsdauer und wird diesem Antrag entsprochen, so ist der Bescheid wie unter Ziffer 4.1 zu erteilen.

4.5 Bei Beendigung der Behandlung hat die Behandlungsstätte Beendigungsmitteilungen auf einem Vordruck der Arbeitsgemeinschaft auszustellen. Eine Ausfertigung ist dem Betreuten zwecks Weiterleitung an seine Krankenkasse auszuhändigen. Je ein Exemplar erhalten

die Arbeitsgemeinschaft,
der Kostenträger,
die Krankenkasse und
die Beratungsstelle, falls diese den Antrag
aufgenommen hat.

- 4.6 Die Behandlungsstätte übersendet der Arbeitsgemeinschaft nach Abschluß der Behandlung einen ausführlichen Entlassungsbericht und verwendet dafür einen Vordruck der Arbeitsgemeinschaft. Die Krankenkasse / Alterskasse erhält eine Ausfertigung des Entlassungsberichtes, wenn sie Kostenträger, der behandelnde Arzt, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist.

Der Beratungsstelle wird keine Ausfertigung des ärztlichen Entlassungsberichtes zugeleitet; ihr kann ein gesondert erstellter Bericht über den Behandlungsverlauf mit Empfehlungen für die ambulante Weiterbetreuung übersandt werden.

Die Honorierung des Entlassungsberichts ist mit dem Pflegesatz abgegolten.

- 4.7 Die Kosten der stationären Entzugs- und / oder Entwöhnungsbehandlung und die dazu gehörenden Nebenleistungen werden von den Behandlungsstätten mit der Arbeitsgemeinschaft abgerechnet, wenn die LVA Kostenträger ist. Im übrigen erfolgt die Abrechnung unmittelbar mit dem in der Kostenzusage angegebenen Kostenträger.

- 4.8 Ist eine Krankenkasse Kostenträger der Maßnahme, so werden die Barleistungen von ihr festgesetzt und ausbezahlt.

Sofern die Kosten der Maßnahme von der LVA getragen werden, erfolgt die Übergangsgeldfestsetzung durch die Arbeitsgemeinschaft und die Auszahlung durch die Krankenkasse; abweichende Regelungen bleiben unberührt.

- 4.9 Über die Gewährung von Betriebs- oder Haushaltshilfe entscheidet der zuständige Kostenträger.

5. Berufliche Rehabilitation

Es ist anzustreben, daß der Betreute im Anschluß an die stationäre Entzugs- / Entwöhnungsbehandlung eine Berufstätigkeit aufnehmen kann. Deshalb ist möglichst schon während der medizinischen Rehabilitation eine evtl. angezeigte berufliche Rehabilitation einzuleiten.

6. Nachsorge

Nach Ziffer 2.2.3 hat der Betreute eine Erklärung darüber abzugeben, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen.

Die Arbeitsgemeinschaft prüft innerhalb eines angemessenen Zeitraums, welcher Selbsthilfegruppe oder Beratungsstelle er sich angeschlossen hat. Ggf. wird der Betreute nochmals auf die Mitwirkungspflichten nach dem SGB hingewiesen.

7. Rechtsbehelfe

Die bei der Arbeitsgemeinschaft eingehenden Widersprüche / Klagen werden mit der Akte und einer Stellungnahme an den Kostenträger zur weiteren Bearbeitung abgegeben.

8. Vordrucke

Soweit die Arbeitsgemeinschaft zur Erledigung ihrer Aufgaben Vordrucke verwendet, wird deren Inhalt in einer Arbeitsgruppe abgestimmt.



Vereinbarung

zur

modellhaften Förderung von Einrichtungen zur ambulanten
Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger

zwischen

dem Deutschen Caritasverband e.V., Freiburg

dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk
der Evangelischen Kirche Deutschlands, Kassel

und

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Siegburg

unter Mitwirkung der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

Präambel:

Angesichts der ständigen Zunahme der Suchterkrankungen wollen die Vereinbarungspartner die Rehabilitation Suchtkranker im ambulanten Bereich verbessern und ausbauen. Sie verfolgen damit das Ziel, durch eine wohnortnahe, ambulante Rehabilitation in dafür vorgesehenen besonderen Einrichtungen (ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke) die Chancen der Wiedereingliederung für Alkohol- und Medikamentenabhängige (Abhängige) zu erhöhen und in geeigneten Fällen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu verkürzen bzw. entbehrlich zu machen. Um die

Angebote der ambulanten Rehabilitation frühzeitiger und wirksamer zu nutzen, wird die Zusammenarbeit zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den Einrichtungen für Abhängige im Rahmen der jeweiligen Aufgabengebiete intensiviert. Die Ersatzkassen unterstützen die Leistungen dieser Einrichtungen durch Zahlung von Förderungsbeträgen.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

(1) Die Vereinbarung regelt, in welchen Fällen und in welcher Weise die ambulante Rehabilitation Abhängiger in den besonderen Einrichtungen durchgeführt und gefördert wird.

(2) Eine Abhängigkeit liegt vor bei

- Unfähigkeit zur Abstinenz
- Verlust der Selbstkontrolle oder
- periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome

§ 2

Ambulante Rehabilitation

(1) Die Förderung der ambulanten Rehabilitation kommt in Betracht, wenn der Abhängige

- a) ausreichend motiviert und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen,
- b) einen Entzug erfolgreich durchgeführt hat und
- c) keine Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet hat, die eine ambulante Rehabilitation ausschließen.

Diese Rehabilitation kann vorübergehend durch stationäre Maßnahmen ergänzt oder als Fortsetzung einer stationären Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden.

(2) Die ambulante Rehabilitation umfaßt diagnostische, therapeutische und soziale Maßnahmen, die im Zusammenwirken zwischen dem niedergelassenen Vertragsarzt und der Einrichtung erbracht werden.

(3) Ziel der ambulanten Rehabilitation ist

- a) das Erreichen und Erhalten einer dauerhaften Abstinenz,
- b) die Beseitigung seelischer, körperlicher und sozialer Störungen und
- c) die dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

§ 3

Anforderungen an die Vertragsärzte und Einrichtungen

(1) Die im Rahmen der ambulanten Rehabilitation mitwirkenden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte müssen über Erfahrungen in der Behandlung Abhängiger verfügen. Es handelt sich in der Regel um Nervenärzte oder Ärzte für Psychiatrie.

(2) Die ambulante Rehabilitation Abhängiger wird in Einrichtungen durchgeführt, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen. Die Einrichtung muß

- a) über ein umfassendes Programm der Rehabilitation Abhängiger im ambulanten Bereich verfügen,
- b) nach einem wissenschaftlich begründeten Konzept arbeiten und bereit sein, sich an Effektivitätskontrollen zu beteiligen und
- c) Mitglied in einem Verband der freien Wohlfahrtspflege sein.

3) Zu dem umfassenden Programm der Rehabilitation gehören Maßnahmen der

- a) Prävention
- b) Motivationsklärung und Motivierung
- c) Diagnostik
- d) Einzel- und Gruppentherapie
- e) Therapie mit Bezugspersonen
- f) begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- g) Krisenintervention
- h) Vorbereitung der stationären Behandlung
- i) Zusammenarbeit im Therapieverbund

4) In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkranken-
arbeit erfahrene Diplom-Psychologen und staatlich anerkannte
Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen zur Verfügung stehen, die über
eine entsprechende, mindestens zweijährige Zusatzausbildung ver-
fügen, die zur Durchführung von Einzel- und Gruppentherapie be-
fähigt.

§ 4

Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Einrichtungen

1) Bei der Einleitung und Durchführung der ambulanten Rehabili-
tation wirken die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden
Ärzte und die Einrichtungen eng zusammen.

2) Im Rahmen dieser Zusammenarbeit sind unter gegenseitiger
Information folgende Aufgaben zu übernehmen:

- a) Vom Vertragsarzt:
 - eingehende somatische und psychiatrische Untersuchung
 - Erstellung eines Befundberichtes und Stellungnahme zur Therapie

- Verlaufs- und Schlußuntersuchungen
- Notfallversorgung
- Mitarbeit in der Einrichtung (z.B. bei Fallbesprechungen, Therapieplanung).

b) Von der Einrichtung:

- Aufstellung eines Rehabilitationsplanes unter Hinzuziehung des Vertragsarztes
- Durchführung und Dokumentation der ambulanten Rehabilitation
- Einschaltung des Vertragsarztes beim Auftreten psychischer und somatischer Erkrankungen.

§ 5

Finanzierung

(1) Die Tätigkeit des Vertragsarztes bei der Durchführung der ambulanten Rehabilitation Abhängiger ist grundsätzlich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 a RVO). Diese Tätigkeit wird im Rahmen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) vergütet; im übrigen wird auf Abs. 5 verwiesen.

(2) Unabhängig von Abs. 1 übernehmen die Ersatzkassen im Rahmen der Förderung nach § 193 RVO für die in der Einrichtung durchgeführte ambulante Rehabilitation Kosten in Höhe von

- a) DM 25,-- je Teilnahme des Abhängigen an einer Gruppentherapie (bis 12 Patienten),
- b) DM 45,-- je Teilnahme des Abhängigen an einer Einzeltherapie.

Bei dem Behandlungsumfang ist durchschnittlich von 3 Therapieeinheiten pro Woche unabhängig von der Therapieart auszugehen.

(3) Die Kostenübernahme durch die Ersatzkassen nach Abs. 2 erfolgt bis zu 6 Monaten; sie kann auf Antrag verlängert werden.

(4) Eine ambulante Rehabilitation kann auch im Anschluß an eine Entwöhnungsmaßnahme zur Sicherung des Rehabilitationserfolges bis zu 4 Monaten gefördert werden, soweit eine Betreuung durch Selbsthilfegruppen nicht ausreichend ist.

(5) Mit den Beträgen nach Abs. 2 wird auch der über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehende Mehraufwand des Vertragsarztes gefördert; dieser Mehraufwand wird dem Vertragsarzt von der Einrichtung mit DM 60,-- pro Stunde vergütet.

§ 6

Verfahren

(1) Die Notwendigkeit der ambulanten Rehabilitation wird von dem Vertragsarzt und der Einrichtung auf einem Vordruck (vgl. Anlage 1) angegeben. Dabei sind die voraussichtliche Dauer und die Art der Maßnahmen zu bestätigen.

(2) Der Antragsvordruck ist der Ersatzkasse grundsätzlich vor Beginn der ambulanten Rehabilitation zur Genehmigung vorzulegen. Die Ersatzkasse stellt fest, ob und für welche Dauer die ambulante Rehabilitation im Rahmen dieser Vereinbarung gefördert wird.

(3) Die Einrichtungen rechnen nach Ablauf eines Kalendervierteljahres die für Versicherte und leistungsberechtigte Familienangehörige der Ersatzkassen erbrachten Leistungen ab, und zwar jeweils bis zum 20. des auf den Ablauf des Kalendervierteljahres folgenden Monats. Dabei ist ein Vordruck nach Anlage 2 zu verwenden. Bei der Rechnungslegung ist zwischen Mitgliedern und deren Familienangehörigen einerseits sowie Rentnern und deren Familienangehörigen andererseits zu trennen.

§ 7

Modellhafte Erprobung

(1) Die Rehabilitation Abhängiger wird in den 6 folgenden Einrichtungen

für die Dauer von 3 Jahren modellhaft erprobt. Aufgrund der Ergebnisse der Erprobung werden die Partner der Vereinbarung entscheiden, ob eine entsprechende Regelung bundesweit umgesetzt werden kann.

(2) Nähere Einzelheiten dieser Erprobung einschl. der Maßnahmen zur Erfassung und Auswertung der erforderlichen Daten legen die Partner der Vereinbarung gemeinsam fest.

§ 8

Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt am 1.1.1985 in Kraft.

Freiburg, den

Deutscher Caritasverband e.V.

.....

Kassel, den.....

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk der Evangelischen
Kirche Deutschlands

Köln, den

Kassenärztliche Bundesvereinigung

.....

Siegburg, den

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.

.....

Siegburg, den

Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.

.....

Ersatzkasse		M / F / R
Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
Ehegatte / Kind etc.	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
Arbeitgeber		

Bescheinigung

Notwendigkeit einer ambulanten
Rehabilitation in einer Beratungs-
und Behandlungsstelle für Suchtkranke

Für den vorstehend genannten Patienten ist wegen

☐ Alkoholabhängigkeit ☐ Medikamentenabhängigkeit

eine ambulante Rehabilitation in der Beratungs- und Behandlungsstelle erforderlich.

Krankheitsbild:

Der Patient ist motiviert und bereit, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen. Ein Entzug wurde erfolgreich durchgeführt. Es bestehen keine Störungen auf seelischen, körperlichen oder sozialen Gebiet, die einer ambulanten Rehabilitation entgegenstehen.

Die ambulante Rehabilitation dient zur Sicherung des Erfolges einer stationären Entwöhnung ☐ ja ☐ nein

Es sind voraussichtlich Einzelbehandlungen
..... Gruppenbehandlungen erforderlich

Vorgesehene Dauer der ambulanten Rehabilitation Monate Beginn am:

den bereits amb./stat. Entwöhnungsmaßnahmen durchgeführt?

falls ja von bis in
von bis in

Tag der ersten Kontaktaufnahme mit dem Patienten:

....., den , den

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

Bestätigung der Ersatzkasse:

Die Kosten für Einzeltherapien

für Gruppentherapien

für die Zeit von bis werden anteilmäßig übernommen

Bei Kassenswechsel endet die Kostencusage mit dem letzten Tag der Mitgliedschaft.

Ambulante Rehabilitation in der Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke

tzkasse		M	F	R
Vorstellung	(Vorname)	(geb. am)		
e/Kind/Sonst. Angehörige	(Vorname)	(geb. am)		
b./Dienstl./Reisende/DVG/freiw.	(Mittl.-Nr.)			
d. Patienten				

☐ Zwischenaubrechung
☐ Endabrechnung
 Abrechnungsmonate: ☐ planmäßig ☐ durch Abbruch
 Beendigung am :
 Beginn der ambulanten Rehabilitation am :

- 1) H_2O ist ein polares Molekül. Die Sauerstoffatome sind elektronegativer als die Wasserstoffatome. Dies führt zu einer ungleichen Verteilung der Elektronen im Molekül, was zu einer Dipolbildung führt. Die Sauerstoffatome tragen eine partielle negative Ladung, während die Wasserstoffatome eine partielle positive Ladung tragen.
- 2) H_2O ist ein polares Molekül. Die Sauerstoffatome sind elektronegativer als die Wasserstoffatome. Dies führt zu einer ungleichen Verteilung der Elektronen im Molekül, was zu einer Dipolbildung führt. Die Sauerstoffatome tragen eine partielle negative Ladung, während die Wasserstoffatome eine partielle positive Ladung tragen.
- 3) H_2O ist ein polares Molekül. Die Sauerstoffatome sind elektronegativer als die Wasserstoffatome. Dies führt zu einer ungleichen Verteilung der Elektronen im Molekül, was zu einer Dipolbildung führt. Die Sauerstoffatome tragen eine partielle negative Ladung, während die Wasserstoffatome eine partielle positive Ladung tragen.

Leistungsbe- zeichnung	Tag der Leistungsverrichtung																															Anzahl Arzt	Erfassung der Ergebnisse des Tages	Erfassung der Ergebnisse des Jahres
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																																		
Arztbehandlung																										</								

Ätiologie der Behandlungsmastage:

erschirft) des Patienten

.....den.....

(Unterschrift) der Einrichtung

- 6) Fernschreiben des BMJFG an die Gesundheitsressorts der Länder vom 21.09.1971

"Durch die Umstellung im Bundeshaushalt ist es jetzt möglich, kurzfristig noch im Haushaltsjahr 1971 zwei bis drei Millionen DM als Starthilfe für die Intensivierung der Aktivitäten auf dem Gebiet der Beratung, Betreuung und ambulanten Behandlung drogenabhängiger und -gefährdeter Jugendlicher bereitzustellen. Diese Mittel sollen primär zur Abhilfe des häufig kritisierten und beklagten Mangels an derartigen Einrichtungen an der Basis bereitgestellt werden. Dabei ist mir eine Förderung entsprechend der Finanzierungs Kompetenzen nur für solche Maßnahmen möglich, die modellhaft sind, und von denen Ergebnisse erwartet werden, die zu wünschenswerten bundeseinheitlichen Regelungen beitragen können. Ich bin mir bewusst, daß bei der augenblicklichen Situation auf diesem Gebiet jede Aktivität mehr oder weniger in Neuland vorstößt und Modellcharakter zumindest solange hat, wie empirisch belegte Kriterien für die optimale organisatorische Form und die fachliche Arbeitsweise von Beratungs-, Betreuungs- und ambulanten Behandlungsstätten für drogenabhängige und -gefährdete Jugendliche nicht ermittelt sind.

Ich will diese Mittel nicht ohne die Einschaltung der zuständigen Landesressorts einsetzen, weil eine möglichst enge Zusammenarbeit und örtliche Nähe der beurteilenden Stellen zu den Förderungsprojekten für die sinnvollste und erfolgsversprechendste Verwendung der bereitgestellten Mittel unabdingbar ist. Ich erlaube mir Ihnen daher hiermit folgenden Vorschlag für eine Starthilfe des Bundes zu unterbreiten.

Der Bund trägt aus einem Planfond von maximal 3 Millionen DM auf Anforderung der Länder im Haushaltsjahr 1971 einmalig bis zu 80% der Einrichtungs- und Unterhaltungskosten, die für den bedarfsgerechten Ausbau bereits bestehender oder neu zu schaffender modellhafter Einrichtungen der Beratung, Betreuung und ambulanten Behandlung drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher erforderlich sind. Im Haushaltsjahr 1972 beabsichtigt der Bund weitere Mittel für den gleichen Zweck, jedoch nur unter 50% obiger Kostenübernahme bereitzustellen.

Das antragstellende Land übernimmt es:

1. Anträge aus seinem Land - auch solche, die unmittelbar an den BMJFG gerichtet und von diesem an das zuständige Landesressort weitergeleitet wurden - entgegenzunehmen, fachlich zu prüfen und verwaltungsgemäß abzuwickeln.
2. Das Land bzw. von ihm beauftragte Instanzen übernimmt die fachliche Betreuung der aus Bundesmitteln geförderten Einrichtungen und die Gewähr, daß sie auch nach Ablauf der Förderung durch Bundesmittel solange bedarfsgerecht arbeitsfähig erhalten bleiben, wie ein aktueller Bedarf für ihre Aufrechterhaltung vorhanden ist.

3. Das Land stellt sicher, daß die mit Bundesmitteln geförderten Einrichtungen in regelmäßigen Abständen von minimal 6 Monaten über ihre Arbeitsergebnisse auswertbare Berichte vorlegen. Nach Abschluss der Modelllaufzeit werden diese Berichte durch die Träger der Einrichtungen zusammengefaßt zu einem Gesamt- und Abschlußbericht. Alle Berichte werden dem BMJFG in zwei Exemplaren zur Auswertung überlassen. Die Möglichkeit einer Auflage über Form und Systematik der Berichte sowie der Kriterien, unter denen zu berichten ist, bleibt vorbehalten und wird nach den ersten vorliegenden Berichten endgültig entschieden werden.
4. Das Land stellt ferner sicher, daß die mit Bundesmitteln geförderten Einrichtungen in wissenschaftliche Untersuchungen und Forschungsarbeiten des Bundes und der Länder einbezogen werden können und sich gegebenenfalls auch in ihrer Arbeit an den Erfordernissen der Forschungsarbeiten orientieren müssen.

Das gilt auch für die Zusammenarbeit mit aus Bundesmitteln geförderten Einrichtungen in anderen Bundesländern.

5. Das Land stellt sicher, daß dem Bund eine Mitteilung darüber zugeht, welche Einrichtungen aus Bundesmitteln gefördert werden.

(...)"

BMJFG, Fernschreiben an die Landesbehörden vom
21.09.1971 (unveröffentlicht), Bonn 1971

7) Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben

"Allgemeines

(1) Bei der Förderung von Modellvorhaben sind unter Berücksichtigung der Finanzierungskompetenz des Bundes folgende Grundsätze - neben den haushaltsrechtlichen Vorschriften - zu beachten. Zugleich wird auf den Entwurf der Verwaltungsvereinbarung über die Finanzierung öffentlicher Aufgaben von Bund und Ländern (s. 6202) hingewiesen.

(2) Ein Modell ist eine Massnahme oder Einrichtung, die Erkenntnisse bringen soll in Hinblick auf

- die Entwicklung, die Verwirklichung, die Überprüfung sowie die Erprobung neuer Methoden und Konzeptionen oder
- die Überprüfung, die Erprobung sowie die Weiterentwicklung bestehender Methoden und Konzeptionen.

(3) Die Klärung der Frage, inwieweit ein Vorhaben diesem Ziel dient, ist der Entscheidung über ein Modell zugrunde zu legen. Daher ist künftig bereits in den Vorüberlegungen und Vorgesprächen die Zuordnung des Modells zu der damit verfolgten oder daraus zu entwickelnden politischen Konzeption sowie eine entsprechende Begleitung und spätere Auswertung des Modells durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zu berücksichtigen.

(4) Können die Erkenntnisse auf einem anderen Wege als durch ein Modell gewonnen werden, ist von der Durchführung eines Modellvorhabens abzusehen.

Unterlagen

(5) Die Unterlagen für ein Modellvorhaben müssen enthalten

- Ziele und Begründung
- besondere Fragestellungen
- Anlage und Durchführung
- Zeit- und Finanzierungsplan.

(6) Vor der Bewilligung ist durch Prüfung der Unterlagen und ggf. ergänzende Gespräche mit dem vorgesehenen Träger des Modells sicherzustellen, daß die praktischen Voraussetzungen für die Realisierung der im Antrag dargestellten Zielvorstellungen und Pläne auch tatsächlich geschaffen werden.

(7) Diese Prüfung ist auch während der weiteren Begleitung des Modells sicherzustellen.

Wissenschaftliche Begleitung

(8) Bei allen Modellvorhaben, die aus Bundesmitteln gefördert werden sollen, ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.

(9) Bereits vor der Vergabe von Bundesmitteln ist mit dem Zuwendungsempfänger Einvernehmen über ihre Durchführung - evtl. durch eine vom BMJFG benannte Person oder Institution - herzustellen. In die Zuwendungsbescheide ist eine entsprechende Auflage aufzunehmen.

(10) Diese Begleitung und Auswertung kann der Zuwendungsempfänger nach zuvor vereinbarten Kriterien in laufender Abstimmung mit dem BMJFG in Ausnahmefällen auch selbst vornehmen.

(11) Die finanzielle Förderung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Modellmaßnahme kann aus dem jeweils geeigneten Forschungstitel erfolgen, soweit die erforderlichen Mittel nicht mit unter die Zweckbestimmung des jeweiligen Modelltitels fallen.

Modellziele

(12) Ein Modellvorhaben muß grundsätzlich so angelegt sein, daß auch neue Erkenntnisse für die Gesetzgebung oder die Erfüllung oder Verwirklichung sonstiger Aufgaben des BMJFG erwartet werden können (vgl.: § 1 Abs. 2 des Entwurfs der Verwaltungsvereinbarung über die Finanzierung öffentlicher Aufgaben von Bund und Ländern - Entw. VV).

(13) Ein Modell liegt nicht vor, wenn das Vorhaben nur für die Arbeit von Ländern, Kommunen, öffentlich rechtlicher Körperschaften und freien Verbände lediglich beispieldhaft ist und zur Nachahmung anregen soll.

(14) Modellvorhaben können abweichend von den oben genannten Voraussetzungen angelegt sein, wenn sie im Rahmen der genannten Finanzierungsbereiche des Entwurfs VV erfolgen (s. 6202).

Sonderregelungen

(15) Ergeben sich aus Gesetzen andere Regelungen - (z.B. § 23 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz), bleiben diese von den Grundsätzen unberührt."

BMJFG (Hrsg.) Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben, unveröffentlichte Hausanweisung Nr. 6401, Bonn o.J., zit. nach: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen, S. 47 f.

8) Vereinbarungen der EBIS Arbeitsgemeinschaft
(Mai 1981)

"1. Mitglieder der EBIS AG

Vertreter des Deutschen Caritasverbandes e.V. Freiburg

Vertreter der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V., Hamm

Vertreter des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschland e.V., Kassel

Vertreter der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München

Weitere Mitglieder können die Vertreter von Wohlfahrtsverbänden werden; alle anderen Einrichtungen werden durch die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) vertreten.

2. Auswertung der Daten

a) Die Auswertung liegt immer bei den Zentralen der beteiligten Verbände (Datensammelstelle). Für Einrichtungen, die keinem Dachverband zuzuordnen sind, übernimmt die DHS die Funktion der Datensammelstelle.

b) Eine örtliche Auswertung ist nicht vorgesehen. Als kleinste Einheiten der Auswertung gelten: Bundesländer, Landeskirchen und Diözesen. Alle Mitglieder der EBIS-AG verpflichten sich, Daten von Einzeleinrichtungen nur an den Dateneinsender zurückzugeben.

c) Für die gemeinsame Auswertung der Einrichtungen aller Träger nach Bundesländern gilt:

- Die Länderauswertung ist zeitlich erst nach der zentralen Auswertung für das gesamte Bundesgebiet durchzuführen. Interessenten an den jeweilig auf Landesebene entstandenen Zusammenfassungen müssen sich zuerst an die zuständige Landesgliederung der betroffenen Verbände wenden. Nur von dieser Stelle können sie einen kommentierten Bericht erhalten. Die verbandsinternen Landesgliederungen erhalten lediglich die rechnerischen Ergebnisse ihrer Region; die Kommentierung und Veröffentlichung dieser Ergebnisse obliegt nur ihnen.

- Die EBIS AG verschickt keine Einzelauswertungen von Einrichtungen an die Bundesländer.

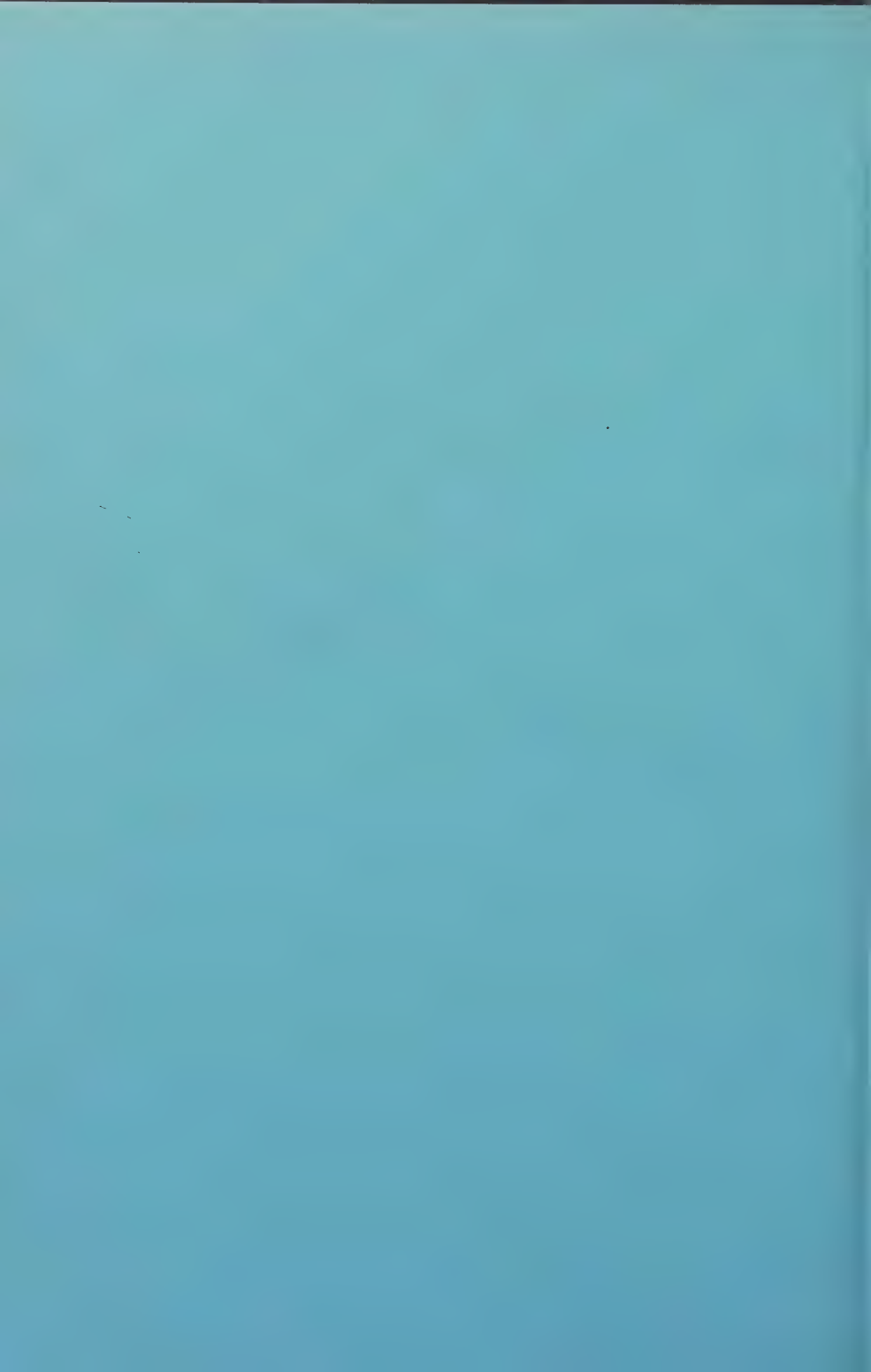
3. Veröffentlichung der Daten

Nur von allen EBIS-Mitgliedern einstimmig genehmigte Tabellen und deren abgestimmte Kommentierung werden veröffentlicht.

Die kommentierte Jahresstatistik wird mit folgendem Text versehen:

- Herausgeber:
EBIS-AG (Deutscher Caritasverband e.V., Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V., Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit).
- Alle Rechte liegen beim Herausgeber.
- Die Statistik wurde nach Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Caritasverband e.V., der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V., dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk e.V. und der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie mit Hilfe des EBIS-Systems erstellt.
- Die Computerauswertung erfolgt mit FORTRANIV-Programmen (Autor: Erwin Hachmann, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit).
- Die Geschäftsführung der EBIS AG liegt bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V., Westring 2, D-4700 Hamm 1."

EBIS-AG, (Hrsg.), EBIS-Berichte Bd. 5, Freiburg, u.a. 1984, S. 36 f.



9) Modellkriterien des Großmodells

I. Schriftliche Unterlagen:

I.1 Konzeption der Einrichtung mit folgenden Angaben:

- 1.1 Welche Klientengruppen werden betreut (z.B. Fixer, Alkoholabhängige, Delinquenten)?
- 1.2 Welche Selektionskriterien bestehen (z.B. Alter, Drogenfreiheit, Motivation) und wie werden sie überprüft?
- 1.3 Welche der folgenden Aufgabenbereiche werden übernommen? (jeweils angeben, welche Klientengruppen pro Bereich betreut werden)
 - a) Vorbeugung/Aufklärung
 - b) Früherkennung und Motivation zum Besuch der Einrichtungen (z.B. street-work)
 - c) Beratung und Vermittlung
 - d) begleitende Betreuung bei der Entgiftung in einer anderen Einrichtung (z.B. Krankenhaus)
 - e) ambulante Intensivbetreuung (nur dann angeben, wenn die Betreuung nach einem individuell ausgearbeiteten Plan erfolgt und über Beratung, Vermittlung, begleitende Betreuung bzw. Nachsorge hinausgeht)
 - f) stationäre Entgiftung
 - g) stationäre Rehabilitation
 - h) Nachsorge
 - i) sonstiges
- 1.4 Angaben zu den Mitarbeitern nach:
 - a) Zahl (hauptamtlich, nebenamtlich)
 - b) Beruf, Zusatzausbildung
 - c) Beschreibung der Tätigkeitsbereiche
- 1.5 Mit welchen Institutionen und anderen Einrichtungen einer Therapiekette arbeitet die Einrichtung zusammen?

Die obige Reihenfolge der Punkte ist einzuhalten.

I.2 Beschreibung des Vorgehens in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen mit folgenden Angaben für jeden Bereich (gemäss 1.3), der in der Einrichtung durchgeführt wird:

2.1 Theoretische Grundlagen

- 2 Beschreibung des Vorgehens mit Angaben zu
- a) den Zielen
 - b) den Massnahmen
 - c) der Datenerhebung

2.3 Vorzeitige und planmässige Beendigungs- bzw. Entlassungskriterien

2.4 Wie wird Drogen- und Alkoholkonsum kontrolliert?

I.3 Halbjahresbericht (Zwischenbericht)
mit folgenden Angaben (zum 30. 6. 1976):

3.1 Angaben zu den Klienten:¹⁾

- a) Zahl der Klienten insgesamt
- b) Zahl der Klienten pro Tätigkeitsbereich
- c) Aufschlüsselung nach Altersgruppe, Geschlecht, beruflicher Tätigkeit, Konsumententypen bzw. Symptomatik sowie Massnahmen (z.B. Entgiftung)

3.2 Zusammenstellung der aktuellen Probleme der Einrichtung mit Angaben über die weitere Verfolgung bzw. über geplante Lösungsversuche

Die obige Reihenfolge der Punkte ist einzuhalten.

I.4 Jahresbericht
mit folgenden Angaben (Januar - Dezember):

4.1 Vorgenommene Änderungen/Erweiterungen der Konzeption und des Ablaufs der Massnahmen pro Tätigkeitsbereich (gemäss 1.3)

4.2 Angaben zu den Klienten:¹⁾

- a) Zahl der Klienten insgesamt
- b) Zahl der Klienten pro Tätigkeitsbereich
- c) Aufschlüsselung nach Altersgruppe, Geschlecht, beruflicher Tätigkeit, Konsumententyp bzw. Symptomatik sowie Massnahmen
- d) Zahl der zum 31.12.1976 abgeschlossenen Betreuungen
- e) Gründe für den Abschluss (z.B. planmässige Entlassung)
- f) Zahl der zum 31.12.1976 noch betreuten Klienten
- g) Angaben zu dem Verhalten der Klienten nach Abschluss der Behandlung, soweit möglich (z.B. Nachkontrollen)
- h) Durchschnittliche Dauer der Betreuung/Zahl der Kontakte

4.3 Geplante Änderungen/Erweiterungen der Konzeption und des Ablaufs der Massnahmen pro Tätigkeitsbereich (gemäss 1.3)

4.4 Angaben zu den Mitarbeitern:¹⁾

- a) Änderungen des formalen Stellenplans
- b) Angaben zu unbesetzten Stellen
- c) Angaben zur Fluktuation
- d) Angaben zu Stellen, die nicht nach dem Stellenplan besetzt sind

Die obige Reihenfolge der Punkte ist einzuhalten.

II. Dokumentation der Maßnahmen:

II.5 Karteibogen¹⁾

mit folgenden Angaben:

- a) Personaldaten (Name kann verschlüsselt werden)
- b) wichtige Adressen und Kontaktpersonen
- c) Hauptsymptomatik
- d) Betreuungstermine und Massnahmen

Der Karteibogen soll für alle Klienten ab dem zweiten Kontakt geführt werden.

Dies gilt nicht für Klienten aus den Bereichen Vorbeugung/
Aufklärung und Früherkennung.

II.6 Strukturierter Anamnesebogen

II.7 Behandlungsplan

mit Angaben zu:

- a) Störungen
- b) Zielen
- c) Massnahmen
- d) Beendigungskriterien

II.8 Verlaufsbogen

- a) Deckblatt: Name (Verschlüsselung möglich), Beginn der Betreuung, übernommen von
- b) Blatt pro Therapiesitzung bzw. pro Woche: Ablauf, wichtige Informationen
- c) Schlussblatt: Ende der Betreuung, Grund, weitergegeben an

II.9 Status bei Betreuungsende

Diese ausführliche Dokumentation (6. - 9.) wird nur für Klienten geführt, die folgendermassen betreut werden:

- begleitende Betreuung bei der Entgiftung in einer anderen Einrichtung (siehe 1.3 d)
- ambulante Intensivbetreuung (siehe 1.3 e)
- stationäre Entgiftung (siehe 1.3 f)
- stationäre Rehabilitation (siehe 1.3 g)
- Nachsorge (siehe 1.3 h)

III. Ausstattungsanforderungen

III.10 Führen von Unterlagen für die interne Organisation

Für stationäre Einrichtungen:

Führen eines "Tagebuches" über die Einrichtung mit folgenden Angaben:

- a) Datum
- b) diensthabende Mitarbeiter
- c) Anmeldungen, Neuzugänge, Entlassungen
- d) wichtige Ereignisse
- e) noch zu erledigen
- f) Urinproben und Alkoholtests; nach ärztlicher Verordnung ausgegebene Medikamente

Für ambulante Einrichtungen:

Führen von Unterlagen, die so zusammenzustellen sind, dass der interne Informationsfluss gewährleistet ist, z.B.:

- "Tagebuch"
- Dienstbuch/Übergabebuch
- Dienstplan
- Terminkalender der Einrichtung
- Beschlussbuch

Die Wahl und Zusammenstellung der Unterlagen ist zu begründen.

III.11 Werktägliche Öffnung zu festen Zeiten. Dabei Öffnung zu Zeiten, die es Berufstätigen erlauben, die Beratungsstelle aufzusuchen:

zweimal pro Woche mindestens bis 20 Uhr oder eine zu begründende Alternativregelung.

Dieses Mindestkriterium gilt nur für Beratungsstellen und ambulante Behandlungseinrichtungen.

III.12 Mindestens zwei ständige Mitarbeiter; davon einer hauptamtlich, ausgebildet als Sozialarbeiter, Psychologe oder Arzt, oder eine Person mit besonderer fachlicher Qualifikation.

III.13 Mindestens einen Therapieraum, der nicht für Büro-zwecke benutzt wird.

III.14 Mindestens eine Fallbesprechung pro Woche, mit Protokoll

III.15 Mindestens eine kollegiale Therapieüberwachung pro Monat für jeden Therapeuten

Unter kollegialer Therapieüberwachung wird verstanden:

- Dabeisein in der Therapiestunde, oder
- Anhören eines Tonbandes der Stunde, oder
- Ansehen eines Videobandes der Stunde, oder
- Beobachtung der Stunde durch eine Einwegscheibe, sowie anschließend Gespräch über den Verlauf der Stunde und das Vorgehen des Mitarbeiters.

Es ist dabei gleichgültig, ob die Therapieüberwachung von einem Kollegen oder einem externen Supervisor durchgeführt wird.

In jedem Fall genügt es nicht, lediglich ein Gespräch über die Therapie zu führen.

1. Beginn
1. Ende

2. Name: Vorname / Nachname

3. Staatsangehörigkeit:

4. Geburtsdatum: / / 5. Geburtsort:

6. Adresse(n): a) b) c)

7. Zur Wohnsituation:

8. Wichtige Kontaktpersonen (z.B. Arbeitsplatz, Arzt, Bewährungshelfer, Freunde, Bezugspersonen):
Name: Adresse: Status: Telefon:

9. Kostenträger:

10. Erziehungsberechtigte bei Eltern ☐, Vormund ☐ FE ☐, FEH ☐

11. Straffälligkeit:
a) Bewährung: b) Auflagen:

12. Besonderheiten der Eltern/Erz.-Berechtigten/Partnersituation:

13. Geschwister: (Name):
a) Anzahl: b) Position in der Geschwisterschwarte:

14. Kinder: (Name):
a) Anzahl: b) Besonderheiten:

15. Beruf: a) gelernter: b) zuletzt ausgebildet: c) Arbeitsstelle:

16. Symptomatik:
a) wieviel, wie intensiv: b) Dauer in Monaten:

17. Bisherige Behandlungen:

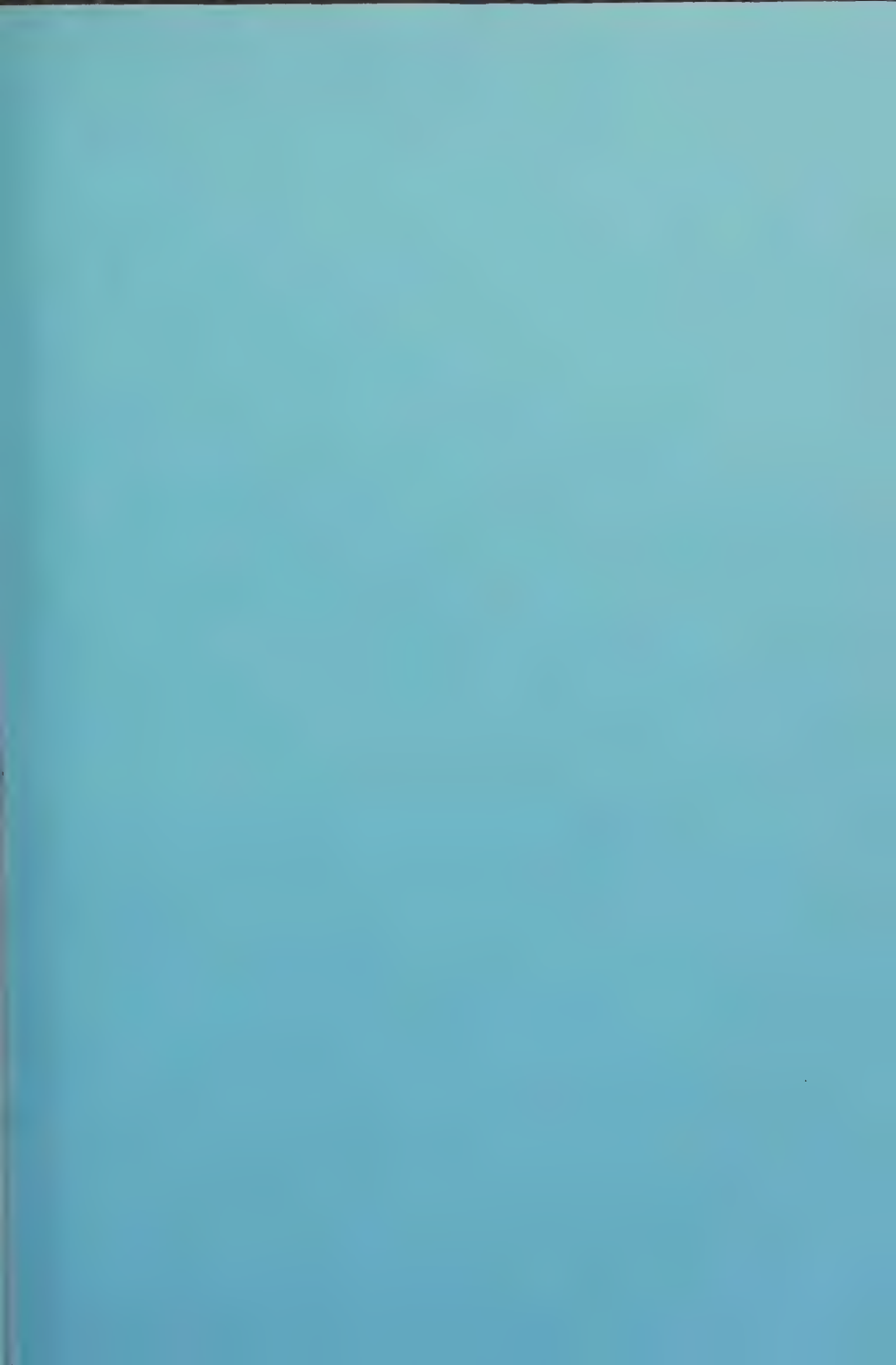
18. Neuroleptika: 1-3
2-4
3-5
4-6
5-7
6-8
7-9
8-10
9-11
10-12
11-13
12-14
13-15
14-16
15-17
16-18
17-19
18-20
19-21
20-22
21-23
22-24
23-25
24-26
25-27
26-28
27-29
28-30
29-31
30-32
31-33
32-34
33-35
34-36
35-37
36-38
37-39
38-40
39-41
40-42
41-43
42-44
43-45
44-46
45-47
46-48
47-49
48-50
49-51
50-52
51-53
52-54
53-55
54-56
55-57
56-58
57-59
58-60
59-61
60-62
61-63
62-64
63-65
64-66
65-67
66-68
67-69
68-70
69-71
70-72
71-73
72-74
73-75
74-76
75-77
76-78
77-79
78-80
79-81
80-82
81-83
82-84
83-85
84-86
85-87
86-88
87-89
88-90
89-91
90-92
91-93
92-94
93-95
94-96
95-97
96-98
97-99
98-100
99-101
100-102
101-103
102-104
103-105
104-106
105-107
106-108
107-109
108-110
109-111
110-112
111-113
112-114
113-115
114-116
115-117
116-118
117-119
118-120
119-121
120-122
121-123
122-124
123-125
124-126
125-127
126-128
127-129
128-130
129-131
130-132
131-133
132-134
133-135
134-136
135-137
136-138
137-139
138-140
139-141
140-142
141-143
142-144
143-145
144-146
145-147
146-148
147-149
148-150
149-151
150-152
151-153
152-154
153-155
154-156
155-157
156-158
157-159
158-160
159-161
160-162
161-163
162-164
163-165
164-166
165-167
166-168
167-169
168-170
169-171
170-172
171-173
172-174
173-175
174-176
175-177
176-178
177-179
178-180
179-181
180-182
181-183
182-184
183-185
184-186
185-187
186-188
187-189
188-190
189-191
190-192
191-193
192-194
193-195
194-196
195-197
196-198
197-199
198-200
199-201
200-202
201-203
202-204
203-205
204-206
205-207
206-208
207-209
208-210
209-211
210-212
211-213
212-214
213-215
214-216
215-217
216-218
217-219
218-220
219-221
220-222
221-223
222-224
223-225
224-226
225-227
226-228
227-229
228-230
229-231
230-232
231-233
232-234
233-235
234-236
235-237
236-238
237-239
238-240
239-241
240-242
241-243
242-244
243-245
244-246
245-247
246-248
247-249
248-250
249-251
250-252
251-253
252-254
253-255
254-256
255-257
256-258
257-259
258-260
259-261
260-262
261-263
262-264
263-265
264-266
265-267
266-268
267-269
268-270
269-271
270-272
271-273
272-274
273-275
274-276
275-277
276-278
277-279
278-280
279-281
280-282
281-283
282-284
283-285
284-286
285-287
286-288
287-289
288-290
289-291
290-292
291-293
292-294
293-295
294-296
295-297
296-298
297-299
298-300
299-301
300-302
301-303
302-304
303-305
304-306
305-307
306-308
307-309
308-310
309-311
310-312
311-313
312-314
313-315
314-316
315-317
316-318
317-319
318-320
319-321
320-322
321-323
322-324
323-325
324-326
325-327
326-328
327-329
328-330
329-331
330-332
331-333
332-334
333-335
334-336
335-337
336-338
337-339
338-340
339-341
340-342
341-343
342-344
343-345
344-346
345-347
346-348
347-349
348-350
349-351
350-352
351-353
352-354
353-355
354-356
355-357
356-358
357-359
358-360
359-361
360-362
361-363
362-364
363-365
364-366
365-367
366-368
367-369
368-370
369-371
370-372
371-373
372-374
373-375
374-376
375-377
376-378
377-379
378-380
379-381
380-382
381-383
382-384
383-385
384-386
385-387
386-388
387-389
388-390
389-391
390-392
391-393
392-394
393-395
394-396
395-397
396-398
397-399
398-400
399-401
400-402
401-403
402-404
403-405
404-406
405-407
406-408
407-409
408-410
409-411
410-412
411-413
412-414
413-415
414-416
415-417
416-418
417-419
418-420
419-421
420-422
421-423
422-424
423-425
424-426
425-427
426-428
427-429
428-430
429-431
430-432

Maßnahmen	Strichliste bzw. jeweiliges Datum	Summe
Einzelkontakte mit Klienten		
Einzelkontakte mit Bezugspersonen		
Einzelkontakte mit Behörden		

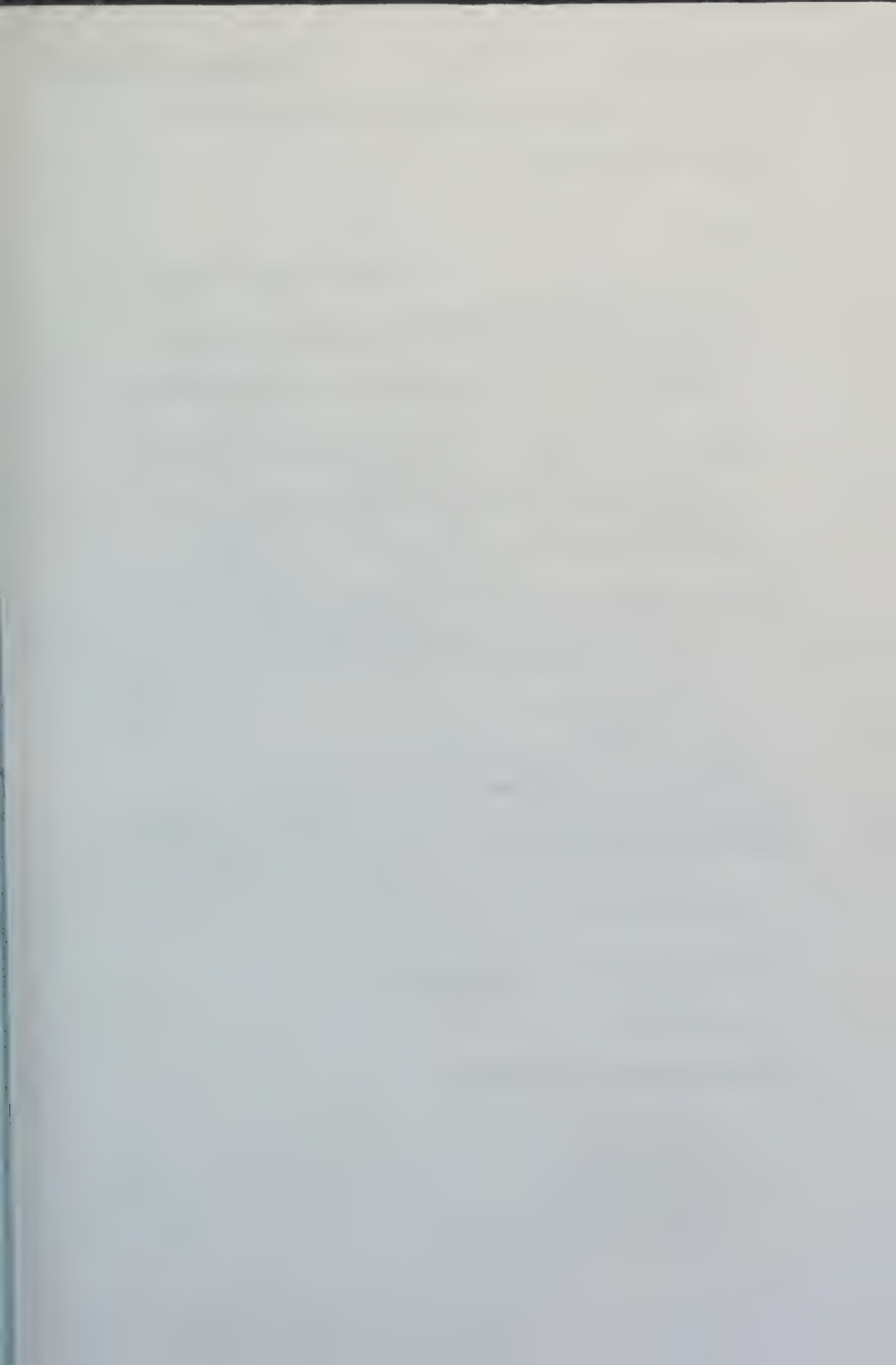
Datum	Aktivität / Bemerkung

Quelle: Bühringer, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des BMJFG, München 1981, S. 247 - 266.









10) Modellkriterien des Psychosozialen Anschlußprogramms:

Tabellarische Übersicht:

I. Aufgaben

1. Inhaltliche Aufgaben

- 1.1 Früherfassung von Gefährdeten
- 1.2 Beratung, Vermittlung und Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung
- 1.3 Betreuungsarbeit von Klienten mit gerichtlicher Auflage zur Behandlung
- 1.4 Ambulante psychosoziale Behandlung
- 1.5 Begleitende Betreuung während eines Entzuges, Klinik-aufenthaltes oder Freiheitsentzuges
- 1.6 Beratung und Behandlung von Bezugspersonen
- 1.7 Nachsorge
- 1.8 Krisenhilfe und -intervention

2. Organisatorische Aufgaben

- 2.1 Bereitstellung einer ständigen Bezugsperson
- 2.2 Errichtung einer "Kooperationsebene" mit anderen Institutionen
- 2.3 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im Sinne einer Therapiekette
- 2.4 Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitung
- 2.5 Teilnahme an Feedback- und Supervisionsseminaren

II. Schriftliche Unterlagen

1. Konzeption der Einrichtung und Beschreibung des Vorgehens in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen
2. Halbjahresbericht (Zwischenbericht)
3. Jahresbericht

III. Dokumentation der Massnahmen

1. Karteikarte
2. Anamnesebogen
3. Behandlungsplan
4. Behandlungsverlauf
5. Status bei Betreuungsende

IV. Ausstattungsanforderungen

1. Führen von Unterlagen für die interne Organisation
2. Werktägliche Öffnung zu festen Zeiten
3. 4 hauptamtliche Mitarbeiter, davon 1 Psychologe, 2 Sozialarbeiter und 1 Verwaltungsangestellte
4. Nebenamtliche Mitarbeiter für festgelegte Aufgaben
5. Assoziierte Mitarbeiter für bestimmte Aussendienstaufgaben, z.B. "Fährtsuche"
6. Mindestens 1 Raum pro hauptamtl. Mitarbeiter
7. Mindestens 1 Fallbesprechung im Team pro Woche mit Protokoll
8. Mindestens 1 kollegiale Therapieüberwachung pro Monat für jeden Therapeuten

Quelle: Buhringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm. Beschreibung des Modells und erste Ergebnisse. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 25, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1978, Anhang 5, S. 3 f.

Detailbeschreibung der Mindestkriterien:

Modellkriterium
(Kurzbezeichnung)

I. AUFGABEN

1. Inhaltliche Aufgaben
 - 1.1 Früherfassung
 - 1.2 Beratung, Vermittlung und Vorbereitung
 - 1.3 Betreuung von Klienten mit Auflagen
 - 1.4 Ambulante psychosoziale Behandlung
 - 1.5 Begleitende Betreuung
 - 1.6 Beratung von Bezugspersonen
 - 1.7 Nachsorge
 - 1.8 Krisenhilfe

2. Organisatorische Aufgaben
 - 2.1 Bereitstellung einer Bezugsperson
 - 2.2 Kooperationsebene
 - 2.3 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

II. SCHRIFTLICHE UNTERLAGEN

1. Konzeption
 - 1.1 Klientengruppen
 - 1.2 Selektionskriterien
 - 1.3 Aufgabenbereiche
 - a) Früherfassung
 - b) Beratung, Vermittlung
 - c) Betreuung von Klienten mit Auflagen
 - d) ambulante psychosoziale Behandlung
 - e) begleitende Betreuung
 - f) Beratung von Bezugspersonen
 - g) Nachsorge
 - h) Krisenhilfe
 - 1.4 Vorgehen
 - a) theoretische Überlegungen
 - b) Beschreibung der Durchführung
 - c) Beendigungskriterien
 - d) Kontrollen
 - 1.5 Bereitstellen einer Bezugsperson
 - 1.6 Personelle Kooperationsebene
 - 1.7 Mitarbeiter
 - a) Zahl
 - b) Beruf, Zusatzausbildung
 - c) Tätigkeitsbereiche
 - 1.8 Zusammenarbeit (Therapiekette)
 - 1.9 Reihenfolge eingehalten

2. Halbjahresbericht

3. Jahresbericht

Modellkriterium
(Kurzbezeichnung)

III. DOKUMENTATION

1. MPIP-PR Karteikarte
2. Strukturierter Anamnesebogen
- 3.
4. Behandlungsverlauf
5. Status bei Betreuungsende

IV. AUSSTATTUNGSANFORDERUNGEN

1. Interne Organisation
2. Öffnung
 - 2.1 werktäglich
 - 2.2 zweimal 20 Uhr ☐ oder ☐

Alternative
3. Hauptamtliche Mitarbeiter
 - 3.1 1 Psychologe ☐ oder ☐
 - 1 Person mit vergl. Qualifikation
 - 3.2 2 Sozialarbeiter (1 mit Therapiekenntn. ☐ oder ☐
 - 2 Personen mit vergl. Qualifikation
 - 3.3 1 Verwaltungsangestellte(r)
- 4./5. Teilzeitbeschäftigte
6. Mitarbeiterräume
7. Fallbesprechung
 - 7.1 einmal pro Woche
 - 7.2 mit Protokoll
8. Therapieüberwachung
 - 8.1 extern ☐ oder ☐¹⁾
 - kollegial
 - 8.2 dabei sein ☐ oder ☐¹⁾
 - Tonband ☐ oder ☐¹⁾
 - Videoband ☐ oder ☐¹⁾
 - Einwegscheibe

Quelle: Bühringer, G., Psychosoziales Anschlußprogramm. Beschreibung des Modells und erste Ergebnisse. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 25, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1978, S. 14, 17, 18, 20.

- 11) Auszug aus dem Betäubungsmittelgesetz vom 28. Juli 1981 (BGBl. I. S. 681 vom 31 Juli 1981); in Kraft seit 01. Januar 1982

Siebenter Abschnitt

Betäubungsmittelabhängige Straftäter

§ 35

Zurückstellung der Strafvollstreckung

(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt worden ist oder
 2. auf eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren erkannt worden ist und ein zu vollstreckender Rest der Freiheitsstrafe oder der Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt
- und im übrigen die Voraussetzungen des Absatzes 1 für den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten erfüllt sind.

(3) Der Verurteilte ist verpflichtet, zu Zeitpunkten, die die Vollstreckungsbehörde festsetzt, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen, die handelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.

(4) Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird oder wenn der Verurteilte den nach Absatz 3 geforderten Nachweis nicht erbringt. Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn der Verurteilte nachträglich nachweist, daß er sich in Behandlung befindet. Ein Widerruf nach Satz 1 steht einer erneuten Zurückstellung der Vollstreckung nicht entgegen.

(5) Die Zurückstellung der Vollstreckung wird auch widerrufen, wenn

1. bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 zurückgestellt wird oder
2. eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.

(6) Hat die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung widerrufen, so ist sie befugt, zur Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt einen Haftbefehl zu erlassen. Gegen den Widerruf kann die Entscheidung des Gerichts des ersten Rechtszuges herbeigeführt werden. Der Fortgang der Vollstreckung wird durch die Anrufung des Gerichts nicht gehemmt. § 462 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

§ 36

Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung

(1) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln lassen, in der die freie Gestaltung seiner Lebensführung erheblichen Beschränkungen unterliegt, so wird die vom Verurteilten nachgewiesene Zeit seines Aufenthalts in dieser Einrichtung auf die Strafe angerechnet, bis infolge der Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt sind. Die Entscheidung über die Anrechnungsfähigkeit trifft das Gericht zugleich

mit der Zustimmung nach § 35 Abs. 1. Sind die Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt oder ist eine Behandlung in der Einrichtung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Restes der Strafe zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Verurteilte keine Straftaten mehr begehen wird.

(2) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte einer anderen als der in Absatz 1 bezeichneten Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder des Strafstrestes zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob er keine Straftaten mehr begehen wird.

(3) Hat sich der Verurteilte nach der Tat einer Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so kann das Gericht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht vorliegen, anordnen, daß die Zeit der Behandlung ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet wird, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an den Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist.

(4) Die §§ 56 a bis 56 g des Strafgesetzbuches gelten entsprechend.

(5) Die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 trifft das Gericht des ersten Rechtszuges ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Vollstreckungsbehörde, der Verurteilte und die behandelnden Personen oder Einrichtungen sind zu hören. Gegen die Entscheidungen ist sofortige Beschwerde möglich. Für die Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 3 und nach Absatz 2 gilt § 454 Abs. 3 der Strafprozeßordnung entsprechend; die Belehrung über die Aussetzung des Strafstrestes erteilt das Gericht.

§ 37

Absehen von der Verfolgung

(1) Steht ein Beschuldigter in Verdacht, eine Straftat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen zu haben, und ist keine höhere Strafe als eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu erwarten, so kann die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts vorläufig von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen, wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich wegen seiner Abhängigkeit seit mindestens drei Monaten der in § 35 Abs. 1 bezeichneten Behandlung unterzieht und seine Resozialisierung zu erwarten ist. Die Staatsanwaltschaft setzt Zeitpunkte fest, zu denen der Beschuldigte die Fortdauer der Behandlung nachzuweisen hat. Das Verfahren wird fortgesetzt, wenn

1. die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgesehenen Abschluß fortgeführt wird,
2. der Beschuldigte den nach Satz 2 geforderten Nachweis nicht führt,
3. der Beschuldigte eine Straftat begeht und dadurch zeigt, daß die Erwartung, die dem Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage zugrunde lag, sich nicht erfüllt hat, oder
4. auf Grund neuer Tatsachen oder Beweismittel eine Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren zu erwarten ist.

In den Fällen des Satzes 3 Nr. 1, 2 kann von der Fortsetzung des Verfahrens abgesehen werden, wenn der Beschuldigte nachträglich nachweist, daß er sich weiter in Behandlung befindet. Die Tat kann nicht mehr verfolgt werden, wenn das Verfahren nicht innerhalb von vier Jahren fortgesetzt wird.

(2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft das Verfahren bis zum Ende der Hauptverhandlung, in der die tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden können, vorläufig einstellen. Die Entscheidung ergeht durch unanfechtbaren Beschluß. Absatz 1 Satz 2 bis 5 entsprechend.

(3) Die in § 172 Abs. 2 Satz 3, § 396 Abs. 2 Satz 2, § 397 Abs. 2 und § 467 Abs. 5

der Strafprozeßordnung zu § 153 a der Strafprozeßordnung getroffenen Regelungen gelten entsprechend.

§ 38

Jugendliche und Heranwachsende

(1) Bei Verurteilung zu Jugendstrafe gelten die §§ 35 und 36 sinngemäß. Bei Verurteilung zu Jugendstrafe von unbestimmter Dauer richtet sich die Anwendung der §§ 35 und 36 nach dem erkannten Höchstmaß der Strafe. Neben der Zusage des Jugendlichen nach § 35 Abs. 1 Satz 1 bedarf es auch der Einwilligung des Erziehungsberechtigten und des gesetzlichen Vertreters. Im Falle des § 35 Abs. 6 Satz 2 findet § 83 Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 Satz 2 des Jugendgerichtsgesetzes sinngemäß Anwendung. Abweichend von § 36 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 sind neben § 454 Abs. 3 der Strafprozeßordnung die §§ 58, 59 Abs. 2 bis 4 und § 60 des Jugendgerichtsgesetzes ergänzend anzuwenden.

(2) § 37 gilt sinngemäß auch für Jugendliche und Heranwachsende.

- 12) Die Voraussetzungen für die staatliche Anerkennung von stationären Langzeittherapieeinrichtungen nach § 35 BTMG sind von den einzelnen Bundesländern in - zum Teil vorläufigen Richtlinien - näher geregelt worden.

Da mit den Richtlinien in anderen Bundesländern vergleichbar, sei hier beispielhaft die Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Umwelt der Landesregierung von Rheinland-Pfalz zitiert:

Drucksache 10/845

Landtag Rheinland-Pfalz - 10. Wahlperiode

**21212 Staatliche Anerkennung
von Einrichtungen nach §§ 35, 38
des Betäubungsmittelgesetzes**

**Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales, Gesundheit
und Umwelt**

vom 18. Dezember 1981 (837 · 489 · 8/3 · 0)

Im Einvernehmen mit dem Ministerium der Justiz wird bestimmt:

Einrichtungen der stationären Suchtkrankenhilfe werden auf Antrag nach §§ 35 und 36 des Betäubungsmittelgesetzes vom 28. Juli 1981 (BGBl. I S. 681) staatlich anerkannt, sofern sie für Drogenabhängige eine der Rehabilitation dienende Behandlung durchführen (Entwöhnungsbehandlung) und die Anerkennungsvoraussetzungen erfüllen.

**1 Staatliche Anerkennung nach § 36 Abs. 1 Satz 1 des
Betäubungsmittelgesetzes**

Die staatliche Anerkennung wird erteilt, wenn die Einrichtung die organisatorischen, personellen und fachlichen Voraussetzungen erfüllt und sich zur Übernahme der Pflichten nach Nummer 1.4 schriftlich bereit erklärt.

1.1 Organisatorische Voraussetzungen

1.1.1 Der Träger der Einrichtung muß Mitglied in einem anerkannten freien Wohlfahrtsverband oder eine juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder für den Betrieb der Einrichtung über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.

1.1.2 Klinisch-chemische und hämatologische Untersuchungen in einem nach anerkannten Regeln arbeitenden Laboratorium müssen sichergestellt sein.

1.1.3 Die Überschaubarkeit der Einrichtung und eine therapeutische Atmosphäre müssen durch Gliederung der Therapieeinrichtung in Behandlungsgruppen und durch eine ausreichende Zahl von Therapeuten (Fachkräfte nach 1.2.) für die Gruppen- und Einzeltherapie gewährleistet sein.



1.2 Personelle Voraussetzungen

Der Einrichtung müssen in der Suchtkrankenhilfe qualifizierte und erfahrene Fachkräfte zur Verfügung stehen. Die Fachkräfte sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben. Fachkräfte sind

- Ärzte,
- Diplom-Psychologen,
- staatlich anerkannte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen,
- Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten sowie
- medizinisch ausgebildetes Pflegepersonal.

Bei der Leitung der Einrichtung muß ein Arzt mitwirken.

1.3 Fachliche Voraussetzungen

Die Einrichtung muß über ein anzuerkennendes Therapiekonzept verfügen und zu Effektivitätsuntersuchungen bereit sein.

1.4 Weitere Voraussetzungen der staatlichen Anerkennung

Weitere Voraussetzung der staatlichen Anerkennung ist, daß die Einrichtung sich schriftlich bereit erklärt

- zur Zusammenarbeit mit der Vollstreckungsbehörde nach Maßgabe des § 35 Abs. 3 des Betäubungsmittelgesetzes,
- zur Mitwirkung im Rahmen der Anhörung gemäß § 36 Abs. 5 des Betäubungsmittelgesetzes nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen und
- den Verpflichtungen dieser Verwaltungsvorschrift nachzukommen.



2 Staatliche Anerkennung für andere Einrichtungen (§ 35 Abs. 1 Satz 2 des Betäubungsmittelgesetzes)

Unter den Voraussetzungen der Nummer 1 können auch Einrichtungen anerkannt werden, deren anzuerkennendes Therapiekonzept lediglich eine ärztliche Mitwirkung, nicht jedoch eine ärztliche Leitung erfordert. Auf die Voraussetzungen der Nummer 1.1.2 sowie auf die Beschäftigung medizinisch vorgebildeten Pflegepersonals kann verzichtet werden.

3 Meldepflicht

3.1 Die Einrichtung teilt den Abbruch der Therapie spätestens an dem darauffolgenden Tag der Vollstreckungsbehörde mit. Droht Suizidgefahr oder besteht die Gefahr eines erheblichen Rückfalls, so ist die Vollstreckungsbehörde unverzüglich zu verständigen.

3.2 Besteht die begründete Erwartung, daß der Drogenabhängige die Therapie in der gewählten Einrichtung alsbald fortsetzt, so ist die Mitteilung spätestens nach einer Woche zu erstatten.

4 Antrag/Form

Der Antrag auf staatliche Anerkennung ist schriftlich zu stellen. Die für den Nachweis der Anerkennungsvoraussetzungen erforderlichen schriftlichen Unterlagen sind beizufügen.



5 Mitteilung und Jahresberichte

- 5.1** Die Einrichtung teilt Veränderungen, die die Anerkennungs Voraussetzungen betreffen, unverzüglich der Anerkennungsbehörde mit.
- 5.2** Die Einrichtung erstattet zum Jahresabschluß der Anerkennungsbehörde einen Jahresbericht, der insbesondere Zahlen enthält über Belegung, Aufnahme, Entlassung und Therapieabbrüche Drogenabhängiger im Berichtszeitraum. Angaben über Patienten, die sich einer Therapie aus Anlaß der §§ 35, 36 des Betäubungsmittelgesetzes unterzogen haben, sind gesondert auszuweisen.

6 Widerruf der Anerkennung

Die Anerkennung kann widerrufen werden, wenn

- 6.1** die Anerkennungs Voraussetzungen nicht mehr vorliegen oder nicht mehr gewährleistet sind,
- 6.2** die Einrichtung ihren aus Nummer 1.4 folgenden Verpflichtungen nicht nachkommt.

7 Veröffentlichung der staatlichen Anerkennung

Eine Liste der staatlich anerkannten Einrichtungen wird im jährlichen Abstand im Ministerialblatt und im Justizblatt veröffentlicht.

8 Staatliche Anerkennung anderer Bundesländer

Staatliche Anerkennungen anderer Bundesländer gelten auch in Rheinland-Pfalz.

9 Inkrafttreten

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 1982 in Kraft.

MinBl. 1982, S. 76

Formblatt: "Sozialbericht-Psychosoziale Grunddaten". Dieser Bericht an die Kostenträger ist von den Mitarbeitern ambulanter Beratungseinrichtungen zu erstellen. Er gilt als wichtigster Bestandteil der Antragsstellung zur Durchführung einer stationären Entwöhnungsbehandlung.

Stempel, Az. der Beratungsstelle	Sozialbericht - PSYCHOSOZIALE GRUNDDATEN - erstellt am: _____
----------------------------------	--

Versicherungsnummer

ggf. Primär- und
Sekundärbusus

1 — Alkohol — 2 — Medikamente — 3 — Drogen —

1. Betreuer

Name: _____	derzeitiger Aufenthaltsort: _____
Vorname: _____	_____
Geburtsname: _____	Staatsangehörigkeit: _____
geb. am: _____ in: _____	Familienstand: led., verh., verw., gesch. *) seit: _____
Plz./Wohnort: _____	(erlernter) Beruf: _____
Straße: _____	jetzige Tätigkeit: _____
Telefon (mit Vorwahl): _____	_____
Erziehungsberechtigter/Pfleger/Vormund: _____	
Pflegschaft/Vormundschaft *) _____	
eingeleitet am: _____	durch: _____
	Az: _____
Hausarzt: _____	
Krankenkasse: _____	

2. Kinder

Anzahl: Alter: Davon im Haushalt lebend:

Bemerkungen:

3. Wohnverhältnisse und finanzielle Verhältnisse

[illegible]

*) Nichtzutreffendes streichen

ERGÄNZENDE INFORMATION

zur Erstellung eines Sozialberichtes [SB 1]

Allgemeines:

Zu einem Antrag auf Gewährung einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) für Abhängigkeitskranke gehören neben dem dafür vorgesehenen Antragsvordruck das medizinische Gutachten und der Sozialbericht. Vordrucke für den Antrag und das medizinische Gutachten stellte der Leistungsträger schon immer zur Verfügung. Der jetzt bereitgestellte Vordruck für die Erstellung eines Sozialberichtes ist eine notwendige Ergänzung und unterstreicht die Bedeutung dieses Berichtes für die Gesamtbeurteilung und Entscheidung über den Antrag. Er ist, nach Beratung mit Vertretern der Gesundheitsämter, zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Vertretern der freien Wohlfahrtspflege in der Sitzung vom 15. 10. 1979 in Frankfurt abgesprochen worden. Der Sozialberichtsvordruck wurde auch mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt.

Der Vordruck für die Erstellung eines Sozialberichtes enthält neben einer Reihe von vorformulierten Fragen auch hinreichend Raum für die zur Beurteilung des Einzelfalles unbedingt erforderlichen frei formulierten Berichtsteile.

Dieser neu entwickelte Sozialberichtsvordruck ist – darauf weisen wir besonders hin – für eine computermäßige Datenerfassung nicht geeignet. Wir haben bewußt diese Form gewählt, um auszuschließen, daß Angaben aus dem Sozialbericht heraus unmittelbar auf Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden können.

SIRAFRECHTLICH RELEVANTE HINWEISE BRAUCHEN NICHT GEGEBEN ZU WERDEN.

Zu Suchtmittel

In die am Ende des Pfeils stehenden freien Kästchen sollen die Nummern für die Suchtmittel, wie sie im Vordruck bezeichnet sind, eingetragen werden. In das linke Kästchen soll die Nummer für das Hauptsuchtmittel eingetragen werden, in das rechte gegebenenfalls die für ein daneben konsumiertes Suchtmittel.

Zu 1. Betreuer

Besitzt der Klient nicht die deutsche Staatsangehörigkeit, machen Sie bitte im frei formulierten Teil des Sozialberichtes Angaben, inwieweit der Klient die deutsche Sprache beherrscht.

Bei minderjährigen Klienten bedarf es einer Einverständniserklärung des benannten Erziehungsberechtigten für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. In derartigen Fällen muß der Antrag sowohl vom Klienten als auch von dem Erziehungsberechtigten unterschrieben werden.

Sollte eine Pflegschaft eingerichtet sein, bitten wir, die Art der Pflegschaft anzugeben (Aufenthaltspflegschaft, Vermögenspflegschaft usw.)

Zu 2. Kinder

Die Spalte „Bemerkungen“ ist nur eingefügt für individuelle Hinweise. Weitergehende Ausführungen sollten unter Nr. 7.1 im Zusammenhang mit der Familiensituation gemacht werden.

Zu 3. Wohnverhältnisse und finanzielle Verhältnisse

Diese Angaben werden nur erbeten, sofern sie für die Therapie erforderlich sind oder ergänzende Maßnahmen erforderlich machen.

Die Frage nach den finanziellen Verhältnissen richtet sich nicht in erster Linie auf eine exakte Darstellung aller Einkommensquellen, sondern vielmehr auf die gesamtwirtschaftliche Situation (zum Beispiel das Verhältnis der bestehenden Verbindlichkeiten zum Gesamteinkommen, Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Teilzahlungsverträgen, alle Unterhaltsverpflichtungen).

Sozialbericht Seite 2

Familienname: _____ geb: _____

4. Vorgeschichte und derzeitiger Gesamtzustand

Frühere Krankheiten: _____

Unfälle: _____

Suizidversuche: _____

Suchtmittel z. Zt. (Hauptsubstanz unterstreichen *) _____

Suchtmitteldosis und Häufigkeit: (Beginn, Verlauf u. Gewohnheit des Suchtmittelmissbrauches) *) _____

Verhalten unter Einfluß von Suchtmitteln: _____

Grad der Abhängigkeit: _____

Seelisch-geistige Veränderungen: _____

Delirium oder ähnliche Komplikationen: _____

Körperlicher Zustand: _____

5. Vorbehandlung des Suchtmittelmissbrauches

5.1 Entgiftungen, Gesamtzahl: _____

letzte in (Einrichtung): _____ von: _____ bis: _____

Bemerkungen: _____

5.2 Entwöhnungen (Gesamtzahl): _____

letzte in: _____

ambulant _____ von: _____ bis: _____

Fachkrankenhaus/Fachklinik _____

in: _____ von: _____ bis: _____

5.3 LKH/PAKH in: _____ von: _____ bis: _____

sonstige Einrichtung _____

in: _____ von: _____ bis: _____

5.4 Zwangseinweisung, nein ☐, ja ☐, am _____, am _____, am _____

Bemerkungen: _____

*) Strafrechtlich relevante Hinweise sind nicht zu geben.

Zu 4. Vorgeschichte und derzeitiger Gesamtzustand

Diese Angaben liegen im Grenzbereich zum medizinischen Gutachten. Dennoch wurden sie in den Sozialbericht aufgenommen, weil vielfach die Beratungsstelle aus ihrer sozialen Sicht nach einer länger dauernden Betreuung für die Behandlung wichtige Hinweise geben kann.

Die Frage nach dem Grad der Abhängigkeit kann nach dem JEL LINEK'schen Modell beantwortet werden. Angaben zur Suchtmitteldosis und Häufigkeit sind bei illegalen Drogen nicht erforderlich.

Zu 5. Vorbehandlung des Suchtleidens

Die unter dieser Nummer angegebenen Daten sollten nach Möglichkeit gesichert sein, um es dem Leistungsträger in Grenzfällen zu ermöglichen, Berichte über frühere Behandlungen beizuziehen. Sollten Sie nicht in der Lage sein, gesicherte Daten anzugeben, vermerken Sie dies bitte (zum Beispiel, indem Sie unter Bemerkungen „Daten unsichert“ eintragen).

Sozialbericht Seite 3

Familienname: _____ geb. _____

6. Betreuung durch Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen - Behandlungsplan -

Sitz der betreuenden Beratungsstelle: _____

Beginn der Beratung: _____

Einzelkontakte mit Beratungsstelle (Häufigkeit und Zeitraum) Gruppenkontakte mit Beratungsstelle (Häufigkeit und Zeitraum)
Anschluß an Altsinenz- und Selbsthilfeorganisationen (welche?) Ist die Familie in die Betreuung einbezogen? (in welcher Form?)

7. Sozialanamnese des Betreuten

- 7.1 Elternhaus - persönliche Entwicklung - schulischer und beruflicher Werdegang Sozialkontakte - Stellung des Betreuten in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld - ggf. Erläuterungen zu Suizidversuchen - Angaben über Hld. Strafverfahren und unveränderte Haftstrafen

- 7.2 Wie steht der Betreute zu seiner Bezugsperson; wie steht die Bezugsperson zu dem Betreuten?
(Namensangabe ist nicht erforderlich)

Zu 6. und 7., Betreuung durch Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen und Sozialanamnese des Betreuten

Bitte richten Sie sich auf jeden Fall in Ihrer frei formulierten Darstellung unter den obengenannten Punkten nach der vorgegebenen Reihenfolge der Unterpunkte. Die vollständige Beantwortung der als Unterpunkte dargestellten Fragen trägt wesentlich zu einer schnellen Bearbeitung bei.

Sollte Ihre frei formulierte Darstellung mehr Raum beanspruchen, als unter den Nummern 6 oder 7 vorgesehen ist, fügen Sie dem Sozialbericht bitte ein Blatt bei.

Zu 7.1 Angaben über lfd. Strafverfahren und unverbüßte Haftstrafen

Diese Angaben sind von Bedeutung, weil mit der Möglichkeit der Durchführung eines Strafverfahrens oder des Antritts der Haftstrafe während der Entwohnungsbehandlung zu rechnen ist.

Familiename:

geb.:

(z.B. Leistungsdruck, Gründe und Erwartungen des Betreuten)

9.1 Wird eine Behandlungsstätte vorgeschlagen? (gegebenenfalls Begründung)

9.2 Werden nach Abschluß der stationären Behandlung voraussichtlich berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation erforderlich?

9.3 Wer übernimmt die Betreuung nach Abschluß der stationären Behandlung?

10. Zusammenfassende Stellungnahme im Hinblick auf die beantragte Maßnahme

Die Einverständniserklärung (§ 2) des Betreuten zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an das Fach-Krankenhaus/die Fachklinik liegt vor.

11. Name und Beruf des Aufnehmenden

Ort/Datum/Unterschrift

Zu 8. Hinweise zur Behandlungsbereitschaft

Neben dem tatsächlichen Anlaß zur Durchführung einer Behandlung (oft drohende Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder eine richterliche Auflage) interessiert hier besonders die Frage, inwieweit der Betreute über den reinen Anlaß hinaus auch selbst die Einsicht in die Notwendigkeit einer stationären Behandlung entwickelt hat. Sollten Sie eine Behandlungsstätte vorschlagen, wählen Sie bitte ausschließlich eine von dem zuständigen Leistungsträger belegte Einrichtung. (Siehe Belegliste)

Zu 11. Name und Beruf des Aufnehmenden

Bitte geben Sie – unabhängig von der Unterschrift – Ihren Namen und erlernten Beruf in lesbarer Form an.

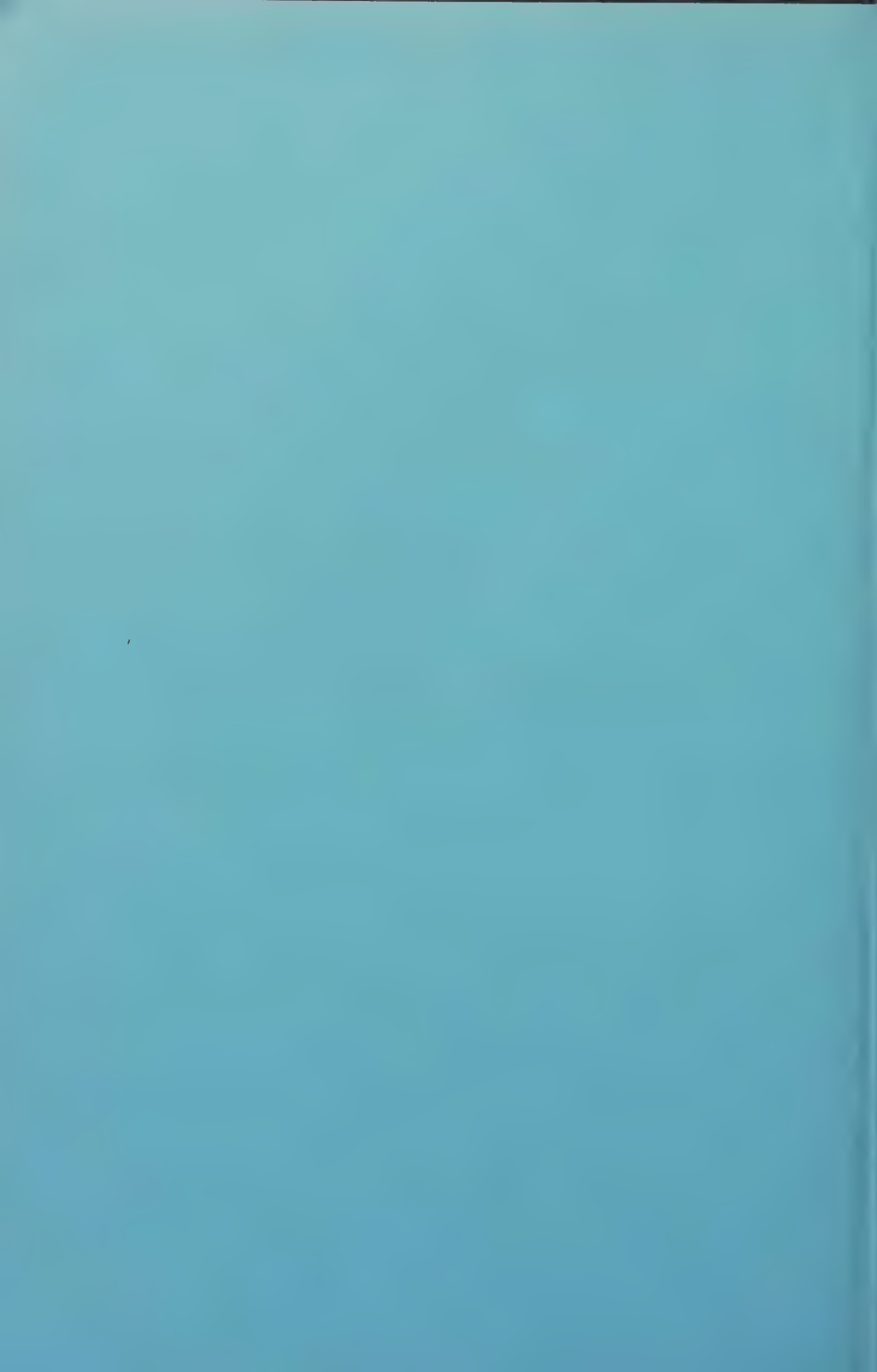
Verfahren:

Der Sozialbericht umfaßt vier voneinander getrennte, einseitig zu beschreibende Blätter. Jedes Blatt wird Ihnen in dreifacher Ausfertigung auf selbstdurchschreibendem Papier zur Verfügung gestellt. Wenn Sie den Bericht fertiggestellt haben, trennen Sie bitte die drei Ausfertigungen voneinander und fügen Sie die einzelnen Blätter zu insgesamt drei Berichten zusammen. Selbstverständlich können Sie jedem Bericht ein weiteres Blatt mit ergänzenden Informationen beifügen.

Zwei Exemplare des Berichtes (1) + (2) werden dem Antrag beifügt und an den Leistungsträger geschickt. Dieser schickt mit der Bewilligung eines der beiden Exemplare an die Klinik. Das dritte Exemplar (3) mit den rückseitigen Informationen bleibt in Besitz der Beratungsstelle.

Mit Rücksicht auf die auch Ihnen obliegende Geheimhaltungspflicht halten wir es für erforderlich, die beifügte Erklärung § 2 unterschreiben zu lassen und in einem Exemplar dem Sozialbericht beizufügen.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s



Literaturverzeichnis

- ACHINGER, H., Soziologie und Sozialreform, in: Soziologie und moderne Gesellschaft. Verhandlungen des 14. Deutschen Soziologentages vom 20. bis 24. Mai 1959 in Berlin, Stuttgart 1966, 2. Auflage, S. 39 - 52.
- AKERS, R. L., Drogen-Mißbrauch - Ein sozialer Lernprozeß, in: KUTSCH, Th., WISWEDE, G. (Hrsg.), Drogenkonsum: Einstieg, Abhängigkeit, Sucht, Königstein 1980.
- ALBRECHT, G., Vorüberlegungen zu einer "Theorie sozialer Probleme", in: FERBER v., Chr., KAUFMANN, F.-X., Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS, Sonderband 19, Opladen 1977, S. 143 - 185.
- ALBRECHT, G., BRUSKEN, M. (Hrsg.), Soziale Probleme und soziale Kontrolle, Opladen 1982.
- ALEMANN v., Ü., HEINZE, R. G. (Hrsg.), Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus, Opladen 1979.
- ANONYME ALKOHOLIKER - Landesgruppe Hamburg, Team für Öffentlichkeitsarbeit, Zur Arbeit der "Anonymen Alkoholiker" (AA) in Hamburg, in: KICKBUSCH, J., TROJAN, A., Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt 1981, S. 27 - 30.
- ANONYME ALKOHOLIKER (Hrsg.), Unser Weg, ohne Orts- und Jahresangabe.
- ARMENDT, G., Beratung als staatliche Antwort auf soziale Emanzipationsbewegungen, in: NAGEL, H., SEIFFERT, M. (Hrsg.), Inflation der Therapieformen, Reinbek 1979, S. 195 - 229.
- BADEN-WÜRTTEMBERG, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung (Hrsg.), Landesprogramm gegen den Drogen- und Rauschmittelmißbrauch, Stuttgart 1980.
- BADURA, B., GROSS, P., Sozialpolitische Perspektiven, Darmstadt 1976.
- BADURA, B., Soziologie und Sozialpolitik, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 93 - 106.
- BÄUERLE, D., u. a., Praxis der Drogenberatung, Stuttgart 1980.
- BAUER, G., Rauschgift, Lübeck 1972.
- BAUER, R., Wohlfahrtsverbände in der Bundesrepublik, Weinheim 1978.
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNEREN (Hrsg.), Suchtbekämpfungsprogramm, Aktionsprogramm der bayerischen Staatsregierung vom 30. September 1980, München 1980.
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNEREN (Hrsg.), Suchtbekämpfung in Bayern. 13. Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs, 1. Mai 1983, München (ohne Jahresangabe).
- BECKER, H. S., Außenseiter, Frankfurt 1973.
- BELLEBAUM, A., Soziologie der modernen Gesellschaft, 2. Auflage, Hamburg 1978.
- BELLEBAUM, A., BRAUN, H. (Hrsg.), Reader Soziale Probleme, Bd. 1, Frankfurt, New York 1974.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, Th., Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt 1969.
- BERGER, P., LUCKMANN, Th., Institutionalisierung, in: HONDRICH, K.-O., Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 129 - 140.

- BETHUSY-HUC, V., Das Sozialleistungssystem in der Bundesrepublik Deutschland, Tübingen 1965.
- BREBACK, K.-J., Versorgungslücken in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker durch Sozialhilfe und Sozialversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 10/1981, S. 602 - 621, Heft 1/1982, S. 21 - 41, Heft 2/1982, S. 89 - 108.
- BLAUES KREUZ IN DEUTSCHLAND e. V. (Hrsg.), Satzung, Wuppertal (ohne Jahr).
- BLUM, R. H. et. al., Society and Drugs, San Francisco, Washington, London 1974.
- BLUMER, H., Soziale Probleme als kollektives Verhalten, in: HONDRICH, K.-O., Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 102 - 113.
- BMJFG (Hrsg.), Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs vom 12. November 1970.
- BMJFG (Hrsg.), Fernschreiben des Bundesgesundheitsministers an die Landesbehörden vom 21. 9. 1971, unveröffentlicht, Bonn 1971.
- BMJFG (Hrsg.), Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmisbrauchs. Gemeinsame Erklärung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder sowie des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn 1975.
- BMJFG (Hrsg.), Ausführungen von dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Antje Huber, vor der Bundespressekonferenz am 21. September 1977, Vorspann zur Bundestagsdrucksache 8/922.
- BMJFG (Hrsg.), Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs vom 16. Januar 1980, Bonn 1980.
- BMJFG (Hrsg.), Grundsätze für die Förderung von Modellvorhaben, unveröffentlichte Hausanweisung Nr. 6401, Bonn (ohne Jahr), abgedruckt in: BÜHRINGER, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse der Modellförderung des BMJFG, München 1981, S. 47f.
- BMJFG (Hrsg.), Drogenberatung wo? Einrichtungen der Beratung, Behandlung und Wiedereingliederung Drogen-, Alkohol- und Medikamenten-Gefährdeter und -Abhängiger, 5. überarbeitete Auflage, Bonn 1984.
- BOLLE, H., GRUNOW, D., Verberuflichung der sozialen Arbeit, in: Projektgruppe soziale Berufe (Hrsg.), Sozialarbeit: Professionalisierung und Arbeitsmarkt, Expertisen III, München 1981, S. 151 - 176.
- BOSSONG, H., Die Emanzipation von Klerikern. Kommunale Drogenpolitik als Konflikt, in: BOSSONG, H., MARZAHN, Chr., SCHEERER, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 39 - 54.
- BSCHOR, F. (Hrsg.), Diskussionsberichte Drogen, Heft 1/1979.
- BSCHOR, F., Das Drogenproblem im Blick auf individuelle und gesellschaftliche Bedingungen, in: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.), Drogen und Rauschmittelmisbrauch, Hamm 1972, S. 63 - 70.
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 7/620 (Drogen und Rauschmittelmisbrauch) vom 24. 5. 1973.
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 7/1184 (Förderung von Drogenberatungsstellen aus Bundesmitteln) vom 5. 11. 1973.

- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 7/4200 und 7/4201 (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung).
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 8/200 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, Bekämpfung der Rauschmittelsucht, Neuordnung des Betäubungsmittelrechts) vom 25. 1. 1980.
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 8/922 (Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität von Kindern und Jugendlichen) vom 21. 9. 1977.
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 8/3347 (Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität) vom 9. 11. 1979.
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 10/843 (Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts) vom 23. 12. 1983.
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 10/3700 (Entwurf Bundeshaushaltsplan für das Haushaltsjahr 1986, Einzelplan 15, Geschäftsbereich des BMJFG).
- BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 10/3540 (Unterrichtung der Bundesregierung über die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und die Ausführung des Aktionsprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs) vom 16. 7. 1986.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER DIPLOM-PÄDAGOGEN e.v., AG TÜBINGEN, 'Gefahr im Verzug' - Kritische Anmerkungen zum Gesetzentwurf zur Stellung nicht-ärztlicher Therapeuten im Gesundheits- und Sozialwesen. Gegen eine Trennung von sozialer und therapeutischer Hilfe, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 158 - 162.
- BURGERS, R. L., AKERS, R. L., A differential reinforcement theory of criminal behaviour, in: Social Problems 14 (1966).
- BÜHRINGER, G., Psychosoziales Anschlußprogramm. Beschreibung des Modells und erste Ergebnisse. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 25, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1978.
- BÜHRINGER, G., Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, JFT-Texte 4, München 1981.
- BÜHRINGER, G., HACHMANN, E., Das Informationssystem EBIS als Planungs- und Dokumentationsgrundlage für ambulante Einrichtungen, Behörden und Verbände: Beschreibung und Nutzungsbeispiele, Basel 1982.
- BÜHRINGER, G., HACHMANN, E., Vorschlag für ein System von Indikatoren für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung für Abhängige, Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 35, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1982.
- BÜHRINGER, G., HACHMANN, E., KLETT, F., KRAUTHAN, G., u.a., Zwischenbilanz des Psychosozialen Anschlußprogramms, Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 40, Max-Planck-Institut Psychiatrie, München 1982.
- BÜSCHGES, G., LÜTKE-BORNEFELD, P., Praktische Organisationsforschung, Hamburg 1977.
- DAHEIM, H.-J., Soziologie der Berufe, in: KÖNIG, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 2, Stuttgart 1969, S. 358 - 407.

- DERLIEN, H.-U., Theoretische und methodische Probleme bei der Beurteilung organisatorischer Effizienz der öffentlichen Verwaltung, in: Die Verwaltung 7/74, S. 1 - 22.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERZIEHUNGSWISSENSCHAFT, Offener Brief an den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Antje Huber, zum 'Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten', in Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 165 - 168.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN e.V. (Hrsg.), Jahresbericht 1983, 1984, Hamm 1984 (1985).
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN e.V. (Hrsg.), Presse- und Informationsdienst, 1984.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN e.V. (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Bd. 26, Hamm 1984.
- DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND e.V. (Hrsg.), Informationsschrift, Frankfurt 1979.
- DE JONG, R. L., BÜHRINGER, G., Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung Drogenabhängiger, JFT-Text 1, München 1978.
- DE JONG, R. L., BÜHRINGER, G., HENRICH, G., HACHMANN, E., KLETT, F., KRAUTHAN, G., EBIS. Beschreibung eines einrichtungsbezogenen Informationssystems. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Bd. 18, München 1978.
- DOMSCHIEDT, St., KAUFMANN, F.-X., KÜHN, M., Innovative Politik im Einflußbereich verbandlicher Wohlfahrtspflege, in: MAYNTZ, R. (Hrsg.) Implementation politischer Programme, Königstein 1980, S. 176 - 190.
- DÖRRIE, K., Aspekte einer Strukturanalyse der Freien Wohlfahrtspflege, in: OTTO, H.-U., SCHNEIDER, S. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 2, 3. Auflage, 1975, S.
- DPWV (Hrsg.), Leistungen des DPWV für seine Mitgliedsorganisationen, in: DPWV-Informationsschrift, Frankfurt 1979, S. 42f.
- EBIS-AG (Hrsg.), EBIS-Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 1 (1980), Bd. 2 (1981), Bd. 4 (1982), Bd. 5 (1983), Bd. 6 (1984), Bd. 8 (1985), Freiburg, Hamm, Kassel, München 1981 (82, 83, 84, 85, 86).
- EMPFEHLUNGSVEREINBARUNG über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. November 1978.
- EMPFEHLUNGSVEREINBARUNG über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger - Vereinbarung Vorleistung / Drogen - vom 22. 10. 1981
- ERFAHRUNGSBERICHT des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen (...) über die Anwendung der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Suchtvereinbarung) vom 20. 11. 1978, Frankfurt 1982, vervielfältigte Maschinenschrift.

- ETZIONI, A., Soziologie der Organisationen, CLAESSENS, D. (Hrsg.), Grundfragen der Soziologie, Bd. 12, 4. Auflage, München 1973.
- ETZIONI, A. HEIDT, S., Gesellschaftliche Lenkung. Zur Theorie sozialer Probleme, in: HONDRICH, K.-O. (Hrsg.), Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975, S. 239 - 261.
- EVAN, W. M., The Organization-Set: Toward a Theory of Interorganizational Relations, in: THOMPSON, J. D., Approaches to organizational design, Pittsburgh, PA 1966, S. 174 - 191.
- FAUST, V., Drogen - Ausdruck unserer Zeit, 3. Bd., Hamm 1975.
- FELDHEGE, F.-J., KRAUTHAHN, G., Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz, Heidelberg 1979.
- FELDHEGE, F.-J., KRAUTHAHN, G., SCHNEIDER, R., SCHULZE, P., VOLLMER, H., Ergebnisse eines ambulanten Breitbandprogramms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger ("Fixer"), Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Bd. 16, München 1977.
- FERBER v., Chr., KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS), Sonderband 19, Opladen 1977.
- FERBER v., Chr., Soziologie und Sozialpolitik, in: FERBER v., Chr., KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS-Sonderband 19, Opladen 1977, S. 11 - 34.
- FERBER v., Chr., Drogen - eine offene Grenze in der Wohlstandsgesellschaft? Eine sozialwissenschaftliche Analyse, in: Suchtgefahren 1/1973, S. 1 - 7.
- FESER, H. (Hrsg.), Drogenerziehung, Handbuch für pädagogische und soziale Berufe, Eltern, Studenten, 2. Auflage, Ulm 1981.
- FEUERLEIN, W., Auswertung und Ergebnisse von Behandlungsprogrammen bei Alkoholismus, in: LADEWIG, D. (Hrsg.), Drogen und Alkohol, Basel 1980, S. 101 - 115.
- FLAMM, F., Sozialwesen und Sozialarbeit in der Bundesrepublik Deutschland, Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Hrsg.: PETERSEN, K., Schrift 250, 2. Auflage, Frankfurt 1976.
- FRANKE, M., Gesundheit und Drogen als gesellschaftliches Problem. Beilage aus 'Politik und Zeitgeschichte' zur Wochenzeitung 'Das Parlament', B 39 vom 25. September 1971.
- FRANKE, M., Das Drogenproblem sozialhygienisch gesehen, Punktreihe 6, Kassel 1974.
- FRIEDRICH, J., SENS, E., Systemtheorie und Theorie der Gesellschaft. Zur gegenwärtigen Kybernetik-Rezeption in den Sozialwissenschaften, in: KZfSS, 28, 1976, S. 27 - 47.
- FRIEDRICH, W. J., Vereine und Gesellschaften, Beck-Rechtsinformationen, München o. J..
- FROMMANN, A., Sozialarbeit-Beratung-Therapie, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 37 - 48.
- FULLER, R., MYERS, R., The Natural History of Social Problems, in: American Sociological Review, 6, 1941, S. 320 - 329.
- FULLER, R., MYERS, R.R., Some Aspects of a Theory of Social Problems, in: American Sociological Review, 6, 1941, S. 24 - 32.

- GARLICH, D., Politikformulierung und Implementierung im föderativen Staat, in: MAYNTZ, R. (Hrsg.), Implementation politischer Programme, Empirische Forschungsberichte, Königstein 1980, S. 20 - 35.
- GASCHE, H. G., HAACK, H., SEIBERT, H., Evangelische Suchtkrankenhilfe, in: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (Hrsg.), Grundsatzbeiträge, Kassel o.J..
- GEEST, W., Wohlfahrtsverbände als Betroffenenorganisationen - Legitimationsprobleme durch Basisdruck 7, in: Neue Praxis, 1, 1983, S. 92 - 95.
- GERDES, K., WOLFFERSDORF-EHLERT, C., Drogenszene: Suche nach der Gegenwart, Stuttgart 1974.
- GERDES, K., Zur Soziologie der jugendlichen Drogensubkultur, in: Soziale Welt, 23. Jg. 1972, S. 148 - 168.
- GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE IM DIAKONISCHEN WERK (Hrsg.), Verbandssatzung, Stand 5. 11. 1981.
- GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE IM DIAKONISCHEN WERK (Hrsg.), Grundsatzbeiträge, Kassel o.J..
- GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE IM DIAKONISCHEN WERK (Hrsg.), Verzeichnis der Einrichtungen der Diakonie zur Therapie Suchtkranker, Stand 1983/84.
- GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE IM DIAKONISCHEN WERK (Hrsg.), Fort- und Weiterbildung 1985, Broschüre.
- GIESE, D., Zum Subsidiaritätsprinzip und Wahlrecht in der öffentlichen Fürsorge, in: ZFSH, 15. Jg., 1, 1976, S. 1 - 5.
- GIESEN, B., Drogenproblem und Sozialpolitik. Zur praktischen Heuristik soziologischer Theorien, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 135 - 157.
- GIESEN, B., Moralische Unternehmer und öffentliche Diskussion. Überlegungen zur gesellschaftlichen Thematisierung sozialer Probleme, in: KZfSS, 2, 1983, S. 230 - 254.
- GIESEN, B., Die Gesellschaft als Konsument der Sucht, in: DHS (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Bd. 26, Hamm 1984, S. 125 - 133.
- GIRSCHNER, W., Das Verhältnis von Individuen und Organisation als entscheidungstheoretisches Problem - eine eindimensionale Analyse, in: WÖHLER, K., Organisationsanalyse, Stuttgart 1978, S 83 - 106.
- GOTTSCHICK, H., GIESE, D., Das Bundessozialgesetz, Kommentar, Köln 1983.
- GRAUHAN, R. R. (Hrsg.), Lokale Politikforschung, Bd. 2, Frankfurt 1972.
- GREENLEY, J. R., KIRK, St. A., Organizational characteristics of agencies and the distribution of service to applicants, in: Journal of Health and Social Behaviour 14/1973, S. 70 - 79.
- GRÖPTRUP, H., Die kommunale Leistungsverwaltung: Grundlagen gemeindlicher Daseinsversorgung, Stuttgart 1973.
- GROSS, P., Der Wohlfahrtsstaat und die Bedeutung der Selbsthilfebewegung, in: Soziale Welt, 1982, S. 26 - 48.
- GROSS, P., BADURA, B., Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen, in: FERBER v., Chr., KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS, Sonderband 1977, S. 361 - 385.

- GRÜNER, O., TUREK, R., Betrachtungen zur Kostenbelastung der Gesellschaft durch Suchtkranke, in: KEUP, W. (Hrsg.), Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe, 4. Wissenschaftliches Symposium der DHS in Tutzing 1980, Stuttgart 1981, S. 220 - 231.
- GRUNDGESETZ der Bundesrepublik Deutschland, Beck-Textausgabe, 19. Auflage 1977.
- GRUNDSÄTZE und Kriterien für die Behandlung Suchtkranker, in: Suchtgefahren, 21. Jg. 1975, Heft 2, S. 47 - 51.
- GRUNOW, D., Interorganisationsbeziehungen im Implementationsfeld und ihre Auswirkungen auf die Umsetzung und die Zielrichtung politischer Programme, in: MAYNTZ, R. (Hrsg.), Implementation politischer Programme II, Opladen 1983, S. 142 - 167.
- GRUNOW, D., HEGNER, F., Überlegungen zur System-Umwelt-Problematik anhand der Analyse des Verhältnisses zwischen Organisation und Publikum, in: Zeitschrift für Soziologie, 3, 1972, S. 209 - 224.
- GRUNOW, D., HEGNER, F., LEMPERT, J., Sozialstationen. Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste, Bielefeld 1979.
- HACHMANN, E., BÜHRINGER, G., HELAS, J., SCHMIDTBOREIK, B., ZIEGLER, H., EBIS - Ein Handbuch für Benutzer, EBIS- AG (Hrsg.), EBIS-Berichte Bd. 3, Hamm 1982.
- HAMBURGISCHE LANDESSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN e.V. (Hrsg.), Jahresheft 1984.
- HANSESTADT HAMBURG (Hrsg.), Maßnahmen gegen den Drogenmißbrauch. Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/1715 vom 4. 12. 1979.
- HANEL, E., JAUSS, D., SPIESS, G., Ergebnisse der dritten Befragung in den Modelleinrichtungen des Psychosozialen Anschlußprogramms (Berichtszeitraum 1. 1. 1980 bis 31. 12. 1980), Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Bd. 36, München 1981.
- HÄUSSERMANN, R., Die Politik der Bürokratie, Frankfurt 1977.
- HARTJEN, C. A., Possible Trouble. An Analysis of Social Problems, New York 1977.
- HARTMANN, H., Arbeit, Beruf, Profession, in: Soziale Welt, 20. Jg. 1968, S. 193 - 216.
- HARTMANN, H., Funktionale Autorität und Bürokratie, in: MAYNTZ, R. (Hrsg.), Bürokratische Organisation, 2. Auflage, Köln 1971, S. 191 - 200.
- HARTMANN, H., Gesellschaftliche Bedingungen der angewandten Organisationssoziologie, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 477 - 512.
- HECKMANN, W., Was Hänschen nicht lernt, kann Hans noch einmal lernen (Grete auch): Resozialisierung bei der Drogenhilfe Tübingen e. V., in: derselbe (Hrsg.), Vielleicht kommt es auf uns selber an, Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige, Frankfurt 1980, S. 129 - 199.
- HECKMANN, W., Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige: Geschichte - Gegenwärtige Praxis - Zukunftsprobleme, in: derselbe (Hrsg.), Vielleicht kommt es auf uns selber an, Frankfurt 1980, S. 10 - 26.

- HECKMANN, W., Zur Einführung in ein mystifiziertes Gebiet sozialer Arbeit: Drogentherapie - Erfahrungen, Hoffnungen, Enttäuschungen, in: derselbe (Hrsg.), Praxis der Drogentherapie, Weinheim, Basel 1982, S. 7 - 31.
- HEINZE, R. G., OLK, Th., Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion. Zur Entstehung und Struktur der bundesrepublikanischen Verbändewohlfahrt, in: KZfSS, 33. Jg. 1981, S. 94 - 114.
- HELLSTERN, G. M., WOLLMANN, H., Wirkungsanalysen: Eine neue Variante wissenschaftlicher Politikberatung, in: Transfers Nr. 4, Planung in öffentlicher Hand, Opladen 1977, S. 157 - 168.
- HENRICH, G., DE JONG, R., Skala zur Einschätzung des therapeutischen Klimas und des Therapieprogramms (SEKT). Zielsetzung, Ergebnisse und Interpretationshinweise. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Bd. 15, München 1976.
- HERZ, A., BLÄSIG, J., Die Opiatsucht: Neue Forschungsperspektiven, in: Der Nervenarzt 50, 1979, S. 205 - 211.
- HESSE, H.-A., Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung, Stuttgart 1968.
- HESSE, J. J., Politische Planung im Kommunalbereich, in: Die Verwaltung, 7. Jg. 1974, S. 273 - 304.
- HESSISCHE LANDESSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN e.V. (Hrsg.), Jahresbericht 1983, Frankfurt 1984.
- HESSISCHER SOZIALMINISTER (Hrsg.), Hessisches Programm zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs, Wiesbaden 1980.
- HESSISCHER SOZIALMINISTER (Hrsg.), Hessisches Programm zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs - Fortschreibung 1983, Wiesbaden 1983.
- HILL, M., Understanding Social Policy, Oxford 1980.
- HILL, W., FEHLBAUM, R., ULRICH, P., Organisationslehre, Bern, Stuttgart 1974.
- HÖBI, V., Das Drogenproblem bei Jugendlichen. Psychologische und sozialpsychologische Aspekte. Bern, Stuttgart, Wien 1973.
- HOLZGREWE, W., Sucht und Hilfe, Hamm 1972.
- HONDRICH, K.-O., (Hrsg.) Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung, Hamburg 1975.
- HUGHES, E. C., Men and Their Work, Toronto 1964.
- HUGHES, P. H., WHO-Programme zur Heroinsucht. Evaluation und Resultate, in: LADEWIG, D. (Hrsg.), Drogen und Alkohol, Basel 1980, S. 128 - 134.
- INFORMATIONSKREIS SUCHT, Ergebnisniederschrift der 1. Sitzung des Informationskreises Sucht am 3. 4. 1984 beim BMJFG (unveröffentlichte Maschinenschrift).
- INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG und STRUKTURFORSCHUNG GMBH, Rahmenbedingungen aufsuchender Sozialarbeit bei betäubungsmittelabhängigen Straftätern, o. O. 1986, (unveröffentlichte Maschinenschrift).
- INSTITUT FÜR SOZIALARBEIT UND SOZIALPÄDAGOGIK, Erfahrungen und Folgerungen aus der bisherigen Arbeit in den ASS-Modellprojekten der Zielgruppe 2. Zur Vorlage dem Ständigen Arbeitskreis des Bundes und der Länder am 16. April 1986, Frankfurt 1986, (unveröffentlichte Maschinenschrift).

- ITZWERTH, R., Selbsthilfegruppen - erste empirische Befunde und sozialpolitische Aspekte, in: OLK, Th., OTTO, H.-U. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 4, Darmstadt 1985, S. 155 - 171.
- JANN, W., Staatliche Programme und 'Verwaltungskultur', Opladen 1983.
- JASINSKY, M., Rauschmittelkonsum Hamburger Schüler, 2. Repräsentativerhebung an Hamburger Schülern, in: Staatliche Pressestelle (Hrsg.), Berichte und Dokumente Nr. 387, Hamburg 1973.
- JAUSS, D., BÜHRINGER, G., Inhalt und Beurteilung von Weiterbildungslehrgängen für die Therapie von Abhängigen, in: Suchtgefahren, 31. Jg. Heft 1, 1985, S. 1 - 30.
- JUNGJOHAN, E. u.a., Drogen-Report-Essen. Beitrag zur Epideminologie des Drogengebrauchs unter Jugendlichen, in: Praxis der Kinderpsychiatrie, Heft 3, April 1973.
- KÄHLER, D., Das Konzept des sozialen Netzwerkes: Eine Einführung in die Literatur, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 4, Heft 3, 1975, S. 283 - 290.
- KAPPEL, S., SCHEERER, S., Das Fiasko der deutschen Drogenpolitik, in: Arbeitskreis junger Kriminologen (Hrsg.), Kriminologisches Journal, 12. Jg. 1980, S. 46 - 58.
- KATHOLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT ZUR ABWEHR DER SUCHTGEFAHREN (Hrsg.), Verbandssatzung, Stand 28. Januar 1982.
- KAUFMANN, F.-X., Sozialpolitisches Erkenntnisinteresse und Soziologie. Ein Beitrag zur Pragmatik der Sozialwissenschaften, in: FERBER v., Chr., KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS, Sonderband 19, Opladen 1977, S. 35 - 75.
- KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.), Bürgernahe Sozialpolitik, Frankfurt 1979.
- KEUP, W. (Hrsg.), Sucht als Symptom, Stuttgart 1978.
- KEUP, W. (Hrsg.), Folgen der Sucht, Stuttgart 1980.
- KICKBUSCH, J. TROJAN, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt 1981.
- KIESER, A., KUBICEK, H., Organisationstheorien II. Kritische Analysen neuerer sozialwissenschaftlicher Ansätze. Stuttgart 1978.
- KIESER, A., KUBICEK, H., Organisation, 2. Auflage, Berlin, New York 1983.
- KITSURE, J. I., SPECTOR, M., Toward a Sociology of Social Problems: Social Conditions, Value-Judgements, and Social Problems, in: Social Problems 20, 1973, S. 407 - 419.
- KLEIN, F., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, in: Die Fürsorge im sozialen Rechtsstaat, 1969, S. 130 - 150.
- KLETT, F., KRAUTHAN, G., HACHMANN, E., THIESLER, J., Sekundärprävention als Modellaufgabe im Psychosozialen Anschlußprogramm, Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 29, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1980.
- KÖNIG, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 9, Stuttgart 1977.

- KÖNIG, R., Über einige ethnologische Aspekte des Drogenkonsums in der Alten und Neuen Welt, in: VÖLGER, G., WELCK v., K. (Hrsg.), Rausch und Realität, Bd. 1, Köln 1981, S. 26 - 36.
- KORDORFF v., E., Die Strategie der Therapeutisierung - Zum veränderten Handlungstyp in der Sozialarbeit, in: Neue Praxis, Heft 1, 1982, S. 1 - 11.
- KRÄHENBÜHL, V., Fort- und Weiterbildung, in: Projektgruppe soziale Berufe (Hrsg.), Sozialarbeit: Ausbildung und Qualifikation, Expertisen I, München 1981, S. 188 - 204.
- KRAEMER, E., Die Ausbildung als Grundelemente professionalisierter Sozialarbeit, in: OTTO, H.-U., UTERMANN, K. (Hrsg.), Sozialarbeit als Beruf. Auf dem Weg zur Professionalisierung?, München 1971, S. 75 - 86.
- KRAEMER, S., DE JONG, R. (Hrsg.), Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen, München 1980.
- KRAEMER, S., SCHNEIDER, R., VOLLMER, H., u.a., Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger unter besonderer Berücksichtigung der Therapiemotivation. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Bd. 38, München 1981.
- KRASNEY, O. E., Sozialrechtliche Reaktionen der Gesellschaft auf süchtiges Verhalten, in: DHS (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft, Hamm 1984, S. 115 - 124.
- KREUZBUND E.V. (Hrsg.), Bundessatzung, Stand 28. November 1981.
- KREUZER, A., Kriminologische, kriminalpolitische und strafjustizielle Aspekte des Drogenwesens in der Bundesrepublik, SCHÄFER, H. (Hrsg.), Grundlagen der Kriminalistik, Bd. 9, Hamburg 1972.
- KREUZER, A., Drogenmißbrauch und seine Bekämpfung. Bericht über ein internationales kriminalpolitisches Kolloquium, in: Suchtgefahren 20, 1974, Heft 4, S. 206 - 211.
- KREUZER, A., Jugend, Rauschdrogen, Kriminalität, HOLDER, J., ORBAN, P. (Hrsg.), Theorie und soziale Praxis, Bd. 5, Wiesbaden 1978.
- KREUZER, A., Das Drogenproblem und Grundstrategien einer Drogenpolitik, in: Suchtgefahren, 25. Jg. 1979, Heft 3, S. 97 - 113.
- KREUZER, A., Ist der Fixer krank oder kriminell? in: Die Zeit, Nr. 14, 28. März 1980.
- KREUZER, A., Kriminelle Karrieren Süchtiger, in: PETERSOHN, F., WECKERT, H.-K., GLÖCKNER, J. (Hrsg.), Kriminologische Probleme des Alkohol- und Drogenmißbrauchs, Kriminologische Schriftenreihen der Deutschen Kriminologischen Gesellschaft e. V., Bd. 80, Heidelberg 1982, S. 43 - 58.
- KRIEG DEM RAUSCHGIFT, 1. Jg. 1980, Heft 1, 'Kommt jetzt das Zeitalter des Wassermanns?'; 'Die Verschwörung des Wassermanns', a. a. O. S. 40 - 41, 45 - 52.
- KRUG von NIDDA, C. L., Entwicklungstendenzen und gegenseitige Beziehungen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Deutschland in der Epoche des Überganges von der Armenpflege zur Fürsorge, in: MUTHESIUS, H. (Hrsg.), Beiträge zur Entwicklung der Deutschen Fürsorge. 75 Jahre Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Köln, Berlin 1955, S. 133 - 349.

- KÜHN, D., Kommunale Sozialplanung, Stuttgart 1975.
- KUTSCH, Th., WISWEDE, G. (Hrsg.), Drogenkonsum: Einstieg - Abhängigkeit - Sucht, Königstein 1980.
- KUYPERS, U. (Hrsg.), Normen und Werte in der Hilfe für Suchtkranke, Freiburg 1984.
- LADEWIG, D. (Hrsg.), Drogen und Alkohol, Basel 1980.
- LANDESSTELLE BERLIN GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN e. V. (Hrsg.), Jahresbericht 1981, Berlin 1980.
- LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (Hrsg.), Resolution der Landschaftsversammlung Westf.-Lippe zum Suchtmittelmißbrauch vom 10. Februar 1984.
- LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (Hrsg.), Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Tätigkeitsbericht 1983.
- LEGNARO, A., Drogen und soziokultureller Wandel, Diss. Köln 1975.
- LENK, K., Politische Soziologie, Stuttgart 1982.
- LINDNER, A., Kultischer Gebrauch psychoaktiver Pflanzen in Industriegesellschaften - kulturhistorische Interpretation, in: VÖLGER, G., WELCK v., K., Rausch und Realität, Bd. 3, Köln 1981, S. 1271 - 1282.
- LUHMANN, N., Funktionen und Folgen formaler Organisationen, Berlin 1964.
- LUHMANN, N., Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen, Tübingen 1968.
- MAAS, A., SCHMIDTOBREIK, B., Suchterkrankungen als individueller und gesellschaftlicher Konflikt, Freiburg 1972.
- MARRETT, C. B., On the specification of interorganizational dimensions, in: Sociology and Social Research 56/1971, S. 83 - 99.
- MARSCHALL, M., Strafe darf Heilung nicht behindern, in: Das Parlament, 30. Jg. 1980, Nr. 7, S. 4.
- MARZAHN, Chr., Zur Möglichkeit der Selbsthilfe von Drogenabhängigen, in: BOSSONG, H., MARZAHN, Chr., SCHEERER, S. (Hrsg.) Frankfurt 1983, S. 118 - 125.
- MAYNTZ, R., Organisation und Zielsystem, in: ZfO 42, 1973, S. 35f.
- MAYNTZ, R., ZIEGLER, R., Soziologie der Organisation, in: KÖNIG, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 9, 2. Auflage, Stuttgart 1977, S. 1 - 141.
- MAYNTZ, R., Soziologie der öffentlichen Verwaltung, Karlsruhe 1978.
- MAYNTZ, R. (Hrsg.), Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte, Köln 1980.
- MAYNTZ, R., Soziologisches Wissen und politisches Handeln, Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 6, Genf 1980, S. 309 - 320.
- MAYNTZ, R. (Hrsg.), Implementation politischer Programme II, Darmstadt 1983.
- MAX-PLANCK-INSTITUT für Psychiatrie (Hrsg.), Tätigkeitsbericht der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit von 1973 - 1981, München 1982.
- MEINOLD, M., Zum Stellenwert therapeutischer Interventionen in der Sozialarbeit, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 56 - 62.

- METCALFE, J. L., System Models - Economic-Models and the Causal-Texture of Organizational Environments, An Approach to Macro-Organizations-Theory, Human Relations 27, 1974, S. 639 - 663.
- MEUDT, V., Drogen und Öffentlichkeit. Soziale Probleme, gesellschaftliche Konflikte und öffentliche Kommunikation, dargestellt am Beispiel der Drogenberichterstattung der Presse, München 1979.
- MEUDT, V., Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: KUTSCH, Th., WISWEDE, G. (Hrsg.), Drogenkonsum: Einstieg, Abhängigkeit, Sucht, Königstein 1981, S. 195 - 215.
- MEYER, M. W., Organizational domains, in: American Sociological Review 40/1975, S. 599 - 615.
- MITARBEITER DES DAYTOP-PROGRAMMS, FRIDOLFING, Daytop in Deutschland, in: PETZOLD, H. (Hrsg.), Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen, 2. unveränderte Auflage, Frankfurt 1980, S. 409 - 434.
- MÖLLHOFF, G., Folgen in der Gemeinschaft: Zur rechtlichen und sozialmedizinischen Beurteilungen von Suchterkrankungen - Frührentnertum, in: KEUP, W. (Hrsg.), Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 179 - 191.
- MOLITOR, B., Subsidiaritätsprinzip und Gesellschaftspolitik, in: Soziale Welt, 1956, S. 60 - 66.
- MOLLER, K. O., Rauschgifte und Genußmittel, Basel 1951.
- MÜLLER, R., SCHULLER, K., TSCHESCHE, 'Freie Therapie' als totale Institution, in: BOSSONG, H., MARZAHN, Chr., SCHEERER, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 59 - 70.
- MUNDT, J. W. (Hrsg.), Grundlagen lokaler Sozialpolitik, Weinheim, Basel 1983.
- MUTHFSIUS, H. (Hrsg.), Beiträge zur Entwicklung der Deutschen Fürsorge, 75 Jahre Deutscher Verein, Köln, Berlin 1955.
- NABMACHER, H., NABMACHER, K. H., Kommunalpolitik in der Bundesrepublik, Opladen 1983.
- NEIDERT, R., Mehr Therapie - weniger Strafe. Neues Modellprogramm des Bundes für betäubungsmittelabhängige Straftäter, in: Kommunalpolitische Blätter 12/1984, S. 1083f.
- NEIDHARDT, F. (Hrsg.), Gruppensoziologie. Perspektiven und Materialien, KZESS-Sonderband 25, Opladen 1983.
- NELL-BREUNING, O., Das Subsidiaritätsprinzip, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 1976, S. 6 - 17.
- NEUMANN, W. u. a., Gegen ein medizinisches Krankheitsmodell, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 163 - 165.
- NEUMANN-MEHRING, S., PETER, H., Von der Psychologisierung des Alltags zur 'therapeutischen' Sozialarbeit?, in: Neue Praxis, Sonderheft 4, 1978, S. 151 - 157.
- NIEDERSÄCHSISCHE LANDESSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN (Hrsg.), Jahresbericht 1983, Hannover 1984.
- NIEDERSÄCHSISCHER SOZIALMINISTER (Hrsg.), Vorläufige Richtlinien 'Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke'. Rundschreibenerlaß des Ministers vom 31. 3. 1980 (Rd.Erl. d. MS vom 31.3.1980 Nds. MBl Nr. 21), in: Niedersächsisches Ministerialblatt Nr. 21, 1980, S. 460.
- NIEDERSÄCHSISCHER SOZIALMINISTER (Hrsg.), Aktionsprogramm der Niedersächsischen Landesregierung gegen den Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten und Rauschdrogen, Hannover 1983.

- NORDRHEIN-WESTFALEN, LANDESREGIERUNG (Hrsg.), Landesprogramm zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1980.
- NORDRHEIN-WESTFALEN, LANDESREGIERUNG, Bekanntmachung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 13. 7. 1983 - VA 4 - 1156.1, betreffend Landesfachbeirat "Sucht und Drogen", in: Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 36. Jg. 1983, Nummer 81, S. 1846.
- NOWOTNY, H., Vom Definieren, vom Lösen und vom Verwalten sozialer Probleme. Ein Beitrag zur Armutsforschung, in: Soziale Welt, Sonderband 1, 1982, S. 115 - 134.
- NUSSELT, L., Der soziale Niedergang des Süchtigen - Beeinflussung durch Art des Giftes, Mißbrauchsmuster und gesellschaftliche Einflüsse, in: KEUP, W. (Hrsg.), Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 142 - 151.
- OFFE, C., Zur Frage der Identität der kommunalen Ebene, in: GRAUHAN, R. R. (Hrsg.), Lokale Politikforschung, Bd. 2, Frankfurt 1975, S. 303 - 309.
- OLK, Th., OTTO, H.-U. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 4, Darmstadt 1985.
- OPP, K.-D., Abweichendes Verhalten und Gesellschaftsstruktur, Darmstadt 1974.
- OTTO, H.-U., Zum Verhältnis von systematisiertem Wissen und praktischem Handeln in der Sozialarbeit, in: OTTO, H.-U., UTERMANN, K. (Hrsg.), Sozialarbeit als Beruf. Auf dem Weg zur Professionalisierung?, München 1971, S. 87 - 98.
- OTTO, H.-U., SCHNEIDER, S. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 2, 3. Aufl., Darmstadt 1975.
- PARLAMENT (Das), 7, 30. Jg. Februar 1980, Dem Rauschgift den Kampf angesagt: Strafverschärfung, bessere Fahndung, mehr Beratungsstellen, Therapie.
- PARSONS, T., Das Problem des Strukturwandels: eine theoretische Skizze, in: ZAPF, W. (Hrsg.), Theorien des sozialen Wandels, Köln 1971, S. 35 - 55.
- PETERS, F. (Hrsg.), Gemeinwesenarbeit im Kontext lokaler Sozialpolitik, Bielefeld 1983.
- PETERS, H., Moderne Fürsorge und ihre Legitimation, Köln, Opladen 1968.
- PETZOLD, H., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, in: PETZOLD, H., VORMANN, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle, Supervision, München 1980, S. 208 - 228.
- PFEIFFER, D.-K., Organisationssoziologie, Mainz 1976.
- PLAZZ, J. J., LABATE, Ch., Heroin Addiction. Theory, Research and Treatment, New York 1976.
- PORTUGALL, E., Drogenabhängige zwischen Hilfe, Selbsthilfe und Selbstbefreiung, in: KICKBUSCH, J., TROJAN, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt 1981, S. 34 und 41.
- PREWO, R., RITSERT, J., STRACKE, E., Systemtheoretische Ansätze in der Soziologie. Eine kritische Analyse, Hamburg 1973.

- PUGH, D. S., HICKSON, D. J., Eine dimensionale Analyse bürokratischer Strukturen, in: MAYNTZ, R. (Hrsg.), Bürokratische Organisation, 2. Auflage, Köln 1971, S. 82 - 93.
- QUENSEL, St., Unsere Einstellung zur Droge, in: Arbeitskreis junger Kriminologen (Hrsg.), Kriminologisches Journal, 12. Jg. 1980, S. 1 - 16.
- QUENSEL, St., Substitutionsmodelle - Rettung vor einer verfehlten Drogenpolitik, in: Neue Praxis 1, 1981, S. 1 - 13.
- RASCHKE, P., SCHLIEHE, F., Das Instrument der Modelleinrichtung als Problem der vertikalen Politikverflechtung zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene, in: KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.) Bürgernahe Sozialpolitik, Frankfurt 1979, S. 139 - 166.
- REISSERT, B., Die finanzielle Beteiligung des Bundes an Aufgaben der Länder und das Postulat der "Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet", in: Schriftenreihe des Vereins für Verwaltungsreform und Verwaltungsforschung e. V., Bonn 1975.
- REITH, E., Zur Effektivitätsbeurteilung von Entziehungskuren, in: Suchtgefahren 23 (1977), Heft 4, S. 137 - 146.
- REUBRAND, K.-H., Rauschmittelkonsum, HOLDER, J., ORLAN, P. (Hrsg.), Theorie und soziale Praxis, Bd. 3, Wiesbaden 1976.
- REUBRAND, K.-H., Jugend und Alkoholkonsum. Hamburger Schülerbefragung im Trendvergleich, in: Neue Praxis, Köln 1977, 7, S. 242 - 251.
- REUBRAND, K.-H., Rauschmittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland, in: VÖLGER, G., WECK v., K. (Hrsg.), Rausch und Realität, Bd. 3, Köln 1981, S. 1040 - 1051.
- RHEINLAND-PFALZ, MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, UMWELT (Hrsg.). Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Rheinland-Pfalz. Bericht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Umwelt, Mainz 1979.
- RHEINLAND-PFALZ, LANDESREGIERUNG (Hrsg.), Vierter Drogenbericht, Unterrichtung durch die Landesregierung Rheinland-Pfalz, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/845 vom 31. 7. 1984.
- ROMMENY, G., Die Entwicklung der Gesetzgebung auf dem Gebiet der Drogengefährdung, Hrsg.: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Drogen und Rauschmittelmißbrauch, Hamm 1972, S. 116 - 123.
- SAAKE, E., STICHTENOTH, H., Das 'Take-it-Haus'. Anmerkungen zur Vierstufentherapie bei Drogenabhängigen, in: PETZOLD, H., VORMANN, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle, Supervision, München 1980, S. 283 - 317.
- SACK, F., Die Idee der Subkultur, in: KZfSS, 23. Jg. 1971, S. 261 - 282.
- SAJTMANN, H. (Hrsg.), Leitbilder der Sozialpolitik, Berlin 1973.
- SCHÄFER, H. (Hrsg.). Grundlagen der Kriminalistik, Bd. 9, Hamburg 1972.
- SCHÄFER, H., Der Rauschgiftmißbrauch aus (kriminal-) polizeilicher Sicht (Teil I), in: Die Polizei, 72. Jg. 1981, S. 108 - 114.
- SCHARPF, F. u. a., Politische Durchsetzbarkeit innerer Reformen, Göttingen 1974.
- SCHARPF, F., REISSERT, B., SCHNABEL, F., Politikverflechtung: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik, Kronberg 1976.

- SCHEERER, S., Drogentherapie und Grundgesetz, in: BOSSONG, H., MARZAHN, Ch., SCHEERER, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 84 - 96.
- SCHEERER, S., Ordnungspolitik gegen Fixer: mögliche Nebenwirkung Tod?, in: BOSSONG, H., MARZAHN, Chr., SCHEERER, S. (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983, S. 14 - 27.
- SCHELLHORN, W., Das Bundessozialhilfegesetz. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft, 12. Auflage, Darmstadt 1985.
- SCHENK, J., Droge und Gesellschaft, Berlin 1975.
- SCHENK, J., Massenmedien und Drogenkonsum. Das Beispiel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, in: KUTSCH, Th., WISWEDE, G. (Hrsg.), Drogenkonsum: Einstieg - Abhängigkeit - Sucht, Königstein 1980, S. 161 - 177.
- SCHENK, M., Das Konzept des sozialen Netzwerkes, in: NEIDHARDT, F. (Hrsg.), Gruppensoziologie, KZfSS-Sonderheft 25=1983, S. 88 - 104.
- SCHENK, M., Soziale Netzwerke und Kommunikation, Tübingen 1984.
- SCHMIDTBAUER, W., SCHEIDT v., J., Handbuch der Rauschdrogen, München 1971.
- SCHMITTER, P. C., Interessenvermittlung und Regierbarkeit, in: ALEMANN v. U., HEINZE, R. G. (Hrsg.), Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus, Opladen 1979, S. 92 - 114.
- SCHRAPPE, O., Über die Deprecation bei Süchtigen, in: Randzonen menschlichen Verhaltens. Festschrift für Bürger-Prinz, Stuttgart 1963.
- SCHRAPPE, O., Abhängigkeit-Symptom oder Krankheit, in: KEUP, W. (Hrsg.), Sucht als Symptom, Stuttgart 1978, S. 29 - 37.
- SCHULZ, H., Erscheinungsformen der Drogenkriminalität, in: Polizeiliche Drogenbekämpfung, Hrsg.: Bundeskriminalamt, Bd. 49, Wiesbaden 1981, S. 123 - 154.
- SCHWENDTER, R., Theorie der Subkultur, Köln 1970.
- SCOTT, R. W., Konflikte zwischen Spezialisten und bürokratischen Organisationen, in: MAYNTZ, R. (Hrsg.), Bürokratische Organisation, 2. Auflage, Köln 1971, S. 201 - 216.
- SENAT VON BERLIN, Drucksache 9/1982.
- SKARABIS, H., BECKER, B., Epidemiologische Untersuchung zur Schätzung des Umfangs und der Sozialstruktur der Heroinszene in Berlin (West); unveröffentl. Zwischenbericht an der Freien Universität Berlin, 1979.
- SOMMERHAUSEN, C., Wann wird von einem Rauschgiftproblem gesprochen?, in: Probleme im Gespräch, Bd. 3, Rauschmittel und Süchtigkeit, Bern 1971.
- SOZIALBERICHT - Psychosoziale Grunddaten - (Formblatt).
- SPECTOR, M., KITSURE, J. I., Social Problems: A Re-Formulation, in: Social Problems 21, 1973, S. 145 - 159.
- SPIEGEL Nr. 23 / 1977, 'Spür das, spür Dein zittern'.
- SPIEGEL Nr. 52 / 1978, 'Wie Babys, die gefüttert werden wollen'. Spiegel-Report über Rauschgiftsucht, Heroin-Todeswelle und Therapieversuche.
- SPIEGEL Nr. 41/1984, 'Stoff in allen Körperhöhlen'.

- SPRANGER, C.-D., Therapie statt Strafe zu kleinkarriert, in: Das Parlament, 30. Jg. 1980, Nr. 7, S. 5.
- STADT MÜNSTER, Bericht über die Arbeit der städtischen Drogenberatungsstelle Münster (Berichtszeitraum 3. Januar 1984 bis 31. Dezember 1984), Münster 1985.
- STALLBERG, J. W., STALLBERG, R., 'Randgruppen' - Probleme eines Begriffs, in: Neue Praxis, 3, 1976, S. 200 - 210.
- STALLBERG, J. W., Konstitutionsbedingungen sozialer Probleme: Hinweise zu Analyse und Diskussionsstand, in: Kriminalsoziologische Bibliographie, 6, 22, 1979, S. 1 - 14.
- STEFFEN, G., Erstes verhaltenstherapeutisch orientiertes Supervisionsseminar im Rahmen des Psychosozialen Anschlußprogramms. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Bd. 30, München 1980.
- STEFFEN, P., Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, in: Die Fürsorge im sozialen Rechtsstaat, 1969, S. 151 - 168.
- STEIN-HILBERS, M., Was passiert mit Fixern? Strategien der Drogenpolitik, in: Arbeitskreis junger Kriminologen (Hrsg.), Kriminologisches Journal, 12. Jg. 1980, S. 14 - 37.
- STEINBRECHER, W., SOLMS, H. (Hrsg.) Sucht und Mißbrauch, 2. Auflage, Stuttgart 1975.
- THAMM, B. G., Volkswirtschaftliche Auswirkungen der Abhängigkeit von Betäubungsmittel. Gesichtspunkte einer Kosten-Nutzen-Analyse, in: KEUP, W. (Hrsg.), Folgen der Sucht, Stuttgart 1980, S. 191 - 201.
- THOMPSON, J. D. (Hrsg.), Approaches to Organizational Design, Pittsburgh PA 1966.
- TICHY, N., FROMBRUN, Ch., Network analysis in organizational settings, Human Relations 32/1979, S. 923 - 965.
- VERBAND AMBULANTER BEHANDLUNGSTELLEN FÜR SUCHTKRANKE / DROGENABHÄNGIGE e.V. (VABS) (Hrsg.), Verbandssatzung und Richtlinien für die Mitgliedschaft im VABS, in: Verzeichnis: Psychosoziale Behandlungstellen / Fachambulanzen für Suchtkranke, Stand Juni 1982, 5. Auflage 1982.
- VERBAND DER FACHKRANKENHÄUSER FÜR SUCHTKRANKE e.V. (Hrsg.), Verbandsatzung, Stand 19. Mai 1981.
- VERBAND DER FACHKRANKENHÄUSER FÜR SUCHTKRANKE e.V. (Hrsg.), Richtlinien für die Heilbehandlung von Suchtkranken (gemäß §6 Abs. 1 der Verbandssatzung), Stand: 10. November 1977.
- VERBAND DER FACHKRANKENHÄUSER FÜR SUCHTKRANKE e.V. (Hrsg.), Gesamtverzeichnis Fachkrankenhäuser/Heilstätten für Suchtkranke, 18. überarbeitete und erweiterte Auflage, Ausgabe 1984, Kassel (o.J.).
- VERBUNDSYSTEM, 10 Jahre regionales Verbundsystem Hamm, Hamm 1981, vervielfältigte Maschinschrift.
- VEREINBARUNG zur modellhaften Förderung von Einrichtungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger zwischen dem DCV, Freiburg, dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Kassel, und dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V., Siegburg, dem Verband der Arbeiterversatzkassen e. V., Siegburg, unter Mitwirkung der kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, 1984 (hektographierte Maschinschrift).

- VERWALTUNGSGERICHTSURTEIL Köln vom 29. 11. 1982, AZ 21L 1549/82 - Gutachten (unveröffentlicht, hektographierte Maschinenschrift).
- VIEFHUES, E., Die Integration christlicher evolutiver Werte in Pädagogik und Therapie-Übertragung der Erfahrung auf die Suchtkrankenhilfe in der Caritas, in: KUYPERS, U. (Hrsg.), Normen und Werte in der Hilfe für Suchtkranke, Freiburg 1984, S. 97 - 110.
- VÖLGER, G., WELCK v., K. (Hrsg.), Rausch und Realität, Bd. 1, 2 und 3, Köln 1981.
- VOGEL, H.-J., Strafrechtsänderung allein reicht nicht aus, in: Das Parlament, 30. Jg. 1980, Nr. 7, S. 6.
- VOLLMER, H., KRAEMER, S. (Hrsg.), Ambulante Behandlung des Alkoholismus: Erfahrungen aus der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit jungen Alkoholabhängigen, IFT-Texte 5, München 1981.
- VOLLMER, H., KRAEMER, S., SCHNEIDER, R. u.a., Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger unter besonderer Berücksichtigung der Therapiemotivation. Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit, Bd. 38, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1981.
- VORMANN, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen, Modelle und Supervision, München 1980.
- WANKE, K., Prävention, Therapie und Rehabilitation bei Mißbrauch und Sucht Jugendlicher und Heranwachsender, in: STEINBRECHER, W., SOLMS, H. (Hrsg.), Sucht und Mißbrauch, 2. Auflage, Stuttgart 1975, S. III/64 - III/73.
- WARTBURG v., W. P., Drogenmißbrauch und Gesetzgeber, Basel 1974.
- WEBER, G., Sozialarbeit zwischen Arbeit und Profession. Ein berufssoziologischer Versuch, in: Soziale Welt 1972, S. 432 - 446.
- WEGENER, R., Staat und Verbände im Sachbereich Wohlfahrtspflege. Eine Studie zum Verhältnis von Staat, Kirche und Gesellschaft im politischen Gemeinwesen, Berlin 1978.
- WESTFÄLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.), Abkommen über eine Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker vom 17. 5. 1973 in der Fassung vom 6. 3. 1981 (vervielfältigte Maschinenschrift).
- WESTFÄLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.), Wahl der Therapieeinrichtungen durch die Westfälische Arbeitsgemeinschaft, Referat gehalten auf der Informationstagung der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Münster 1982 (vervielfältigte Maschinenschrift).
- WESTFÄLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.), Tätigkeitsbeschreibung des Sozialberatungsdienstes der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft, Referat gehalten auf der Informationstagung für Rehabilitation, Münster 1982 (vervielfältigte Maschinenschrift).
- WESTFÄLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (WAS) e. V. (Hrsg.), Dokumentation, Münster 1983.
- WINCKELVOSS, H., ITZWERTH, R., TROJAN, A., Zur Definition und Verbreitung von Selbsthilfegruppen, in: KICKBUSCH, J., TROJAN, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt 1981, S. 133 - 135.
- WINDHOFF-HERITIER, A., Selbsthilfe-Organisationen - eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre?, in: Soziale Welt 1982, S. 49 - 65.

- WIRTH, W., Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren, Frankfurt 1982.
- WITTMANN, F., Unserer Jugend wollen wir helfen, in: Das Parlament, 30. Jg. 1980, Nr. 7, S. 1ff.
- WITTERSTEIN, H., Leitbilder und Zielsysteme der Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: SANMANN, H. (Hrsg.), Leitbilder der Sozialpolitik, Berlin 1973, S. 77 - 101.
- WÖHLER, K.-H., Interorganisationsbeziehungen - eine systemtheoretische Rekonstruktion, in: derselbe (Hrsg.), Organisationsanalyse, Stuttgart 1978, S. 54 - 67.
- WOLFF, St., Klinisch-psychologische Tätigkeit in sozialpsychiatrischen Institutionen - Administrative Bedingungen und Möglichkeiten ihrer alternativen Gestaltung, in KAUPP, H., ZAUMSEIL, M. (Hrsg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen, Frankfurt 1978, S. 119 - 179, hier S. 146ff.
- WORMSER, R., Manifester Inhalt und latente Vorurteile der Drogenberichterstattung. Eine Inhaltsanalyse Münchner Tageszeitungen, in: REUBRAND, K.-H. (Hrsg.), Rauschmittelkonsum, Wiesbaden 1976, S. 109 - 124.
- ZAPF, W. (Hrsg.), Theorien des sozialen Wandels, Köln 1971.
- ZIEGLER, H. (Hrsg.), Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren, Hamburg (periodisch erscheinend).

Lebenslauf

Am 06. Dezember 1957 wurde ich als Tochter des Verm. Ing. Alfred Viebach und seiner Ehefrau Hannelore Viebach geb. Meyer in Essen geboren.

Ich bin deutscher Staatsangehörigkeit.

Das Abitur legte ich am 01. Juni 1976 am Städtischen Aufbaugymnasium Essen ab.

Vom Wintersemester 1976/1977 bis zum Wintersemester 1982 studierte ich an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität zu Münster Volkswirtschaftslehre.

Am 22. Oktober 1982 erwarb ich dort das Diplom als Diplom-Volkswirt sozialwissenschaftlicher Richtung.

